



Instituto Universitário

ENVOLVIMENTO PATERNO EM CRIANÇAS  
COM PARALISIA CEREBRAL: ASSOCIAÇÕES  
COM O STRESS E A AUTO-EFICÁCIA  
PARENTAL

Mariana de Abreu Clemente Duarte

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do  
grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicologia Clínica

2011

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Queria agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Isabel Leal por todo o apoio, disponibilidade e paciência em alturas de maior stress.

À Célia, à Sara e à Cristina pelo companheirismo e partilha de ideias.

A toda a Equipa do Centro de Desenvolvimento pela ajuda durante o processo de recolha de dados.

Aos pais que aceitaram participar neste estudo, permitindo a sua realização.

À minha Geninha por mais uma vez ter estado disponível para mim!

Ao Gonçalo, por toda a preocupação e apoio.

À Mariana Henriques pela sua amizade constante ao longo de todo este caminho.

E por fim, mas não menos importante, à minha família que são o maior pilar para a realização de todo e qualquer trabalho e um obrigado especial à minha irmã Inês, pelo amor, carinho, por me ensinar constantemente e me fazer sempre acreditar de que sou capaz.

Obrigada!

## **Resumo**

Pretendeu-se neste estudo avaliar o envolvimento paterno em pais de crianças com paralisia cerebral, assim como os níveis de stress e de auto-eficácia experienciados. Os resultados foram comparados com um grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo. A amostra é constituída por 29 pais de crianças com paralisia cerebral com idades compreendidas entre os 24 e os 52 anos ( $M=38.03$ ) e 31 pais de crianças com desenvolvimento normativo com idades compreendidas entre os 29 e os 53 anos ( $M=39.35$ ). Para a recolha de dados utilizou-se um questionário sócio-demográfico, uma Escala de Envolvimento Paterno (Simões, Leal, & Maroco, 2010), uma Escala de Stress Parental (Mixão, Leal, & Maroco, 2010) e uma Escala de Auto-Eficácia Parental construída e validada para o presente estudo. Os resultados indicam que os pais de crianças com paralisia cerebral se envolvem mais nas dimensões Cuidados e Presença, comparativamente com o grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo. Pais de crianças que percebem a deficiência motora do filho como ligeira ou moderada mostram-se mais acessíveis para a criança e exercem mais vezes atitudes disciplinadoras, quando comparados com pais que percebem a deficiência do filho como severa. Encontrou-se uma associação positiva moderada entre a auto-eficácia paterna e o envolvimento do pai, demonstrando que quanto mais eficazes os pais se sentem no seu papel, mais se envolvem com os filhos.

**Palavras-Chave:** Envolvimento Paterno, Auto-eficácia Parental, Stress Parental, Paralisia Cerebral.

## **Abstract**

The aim of this study was to evaluate paternal involvement in fathers of children with cerebral palsy, as well as their experienced levels of stress and self-efficacy. The results were then compared to a group of parents of normally developing children. The sample comprised 29 fathers of children with cerebral palsy with ages ranging from 24 to 52 years ( $M=38.03$ ) and 31 fathers of normally developing children with ages ranging from 29 to 53 years ( $M=39.35$ ). To collect the data, a demographic questionnaire was used, as well as scales measuring paternal involvement, parental stress and parental self-efficacy. The results indicated that fathers of children with cerebral palsy are more involved in the dimensions Care and Presence when comparing to the group of fathers of normally developing children. Fathers who perceive their child's motor impairment to be slight or moderate report themselves as more available for the child and as engaging in disciplining attitudes more often than parents who perceive their child's impairment as severe. A moderate positive association was also found between parental self-efficacy and paternal involvement, indicating that, the more confident and effective fathers feel in their parenting role, the more they get involved with their children.

**Keywords:** Paternal Involvement, Parental Self-efficacy, Parental Stress, Cerebral Palsy

## Índice

INTRODUÇÃO.....	1
MÉTODO.....	11
Delineamento.....	11
Participantes.....	11
Instrumentos.....	13
Procedimentos.....	15
RESULTADOS.....	17
DISCUSSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXOS.....	38
Anexo A: Paralisia Cerebral: etiologia, formas clínicas e dados epidemiológicos.....	39
Anexo B: Outputs da caracterização da amostra.....	42
Anexo C: Carta de apresentação do estudo.....	49
Anexo D: Autorização de Participação.....	50
Anexo E: Questionário sócio-demográfico para pais de crianças com paralisia cerebral.....	51
Anexo F: Questionário sócio-demográfico para pais de crianças com desenvolvimento normativo.....	53
Anexo G: Escala de Envolvimento Paterno.....	54
Anexo H: Escala de Stress Parental.....	56
Anexo I: Escala de Auto-eficácia Parental.....	58
Anexo J: Validação da Escala de Auto-Eficácia Parental.....	59
Anexo K: Autorização do hospital para recolha de dados.....	72
Anexo L: Outputs da análise de resultados.....	73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Caracterização das crianças com Paralisia Cerebral.....	12
Tabela 2:	Estatística descritiva das variáveis principais.....	18
Tabela 3:	Associação entre idade e habilitações académicas do pai com o envolvimento paterno.....	19
Tabela 4:	Comparação de médias de envolvimento paterno nos dois grupos.....	20
Tabela 5:	Percentagem de tempo que o filho está ao cuidado do pai, do conjugue, de outros familiares e de professores.....	21
Tabela 6:	Valores médios, desvio-padrão e Teste T-Student do Stress Parental.....	22
Tabela 7	Correlações entre as variáveis principais.....	23

## Introdução

As famílias são sistemas sociais em que existe grande interdependência de papéis e funções entre todos os membros (Parke, 1995). Assim, e para que haja um bom entendimento do comportamento individual de cada um deles, é fulcral que se reconheça e analise os comportamentos dos restantes elementos dessa mesma família, devido às grandes influências que exercem entre si, quer de forma directa quer indirecta (Parke, 1995; Parke & Tinsley, 1987).

O interesse pelo estudo do envolvimento parental e suas consequências para o desenvolvimento infantil têm estado, na sua grande maioria, centrados na mãe, sendo que o pai e seu respectivo papel têm sido largamente esquecidos — valendo-lhe referências por alguns autores como sendo o “progenitor esquecido” (Ross, 1979). Apenas nos últimos anos se começou a verificar um crescente interesse por parte de cientistas e investigadores neste papel. Tal deve-se, em grande medida, às profundas mudanças sociais que se têm vindo a manifestar desde o início do século XX. Como evidenciado por Lamb (2010) as influências históricas, culturais e familiares têm consequências nos papéis dos pais e modelam o tempo que passam com os seus filhos, as actividades que partilham e a qualidade da relação desenvolvida.

Pode situar-se o grande ponto de viragem do papel de pai nas grandes mudanças sociais ocorridas nos anos setenta. Até então, este papel centrava-se mais em aspectos funcionais da mesma, nomeadamente no sustento económico da família, e deixava de lado os cuidados directos e o envolvimento afectivo com a criança.

Antes da Revolução Industrial, o pai era visto essencialmente como figura de respeito e poder máximo dentro da família, responsável por assegurar que os seus filhos cresciam de acordo com os valores morais da Bíblia (Lamb, 2010). Contudo, aquando da industrialização, o enfoque passou desta “liderança moral” para o suporte económico (Lamb, 2010), ou seja, a principal função do pai passou a ser a de assegurar o bem-estar económico dos seus dependentes. Com a grande depressão de 1929 e a crise financeira mundial, este papel sofreu uma nova alteração, passando a ser função principal do pai servir de modelo masculino para os seus filhos homens (Lamb, 2010).

No entanto, só por volta dos anos setenta, conforme dito antes, emergiu um novo ideal de paternidade «the new nurturant father» como refere Lamb (2010), no qual o pai passou a desempenhar um papel activamente participativo na vida da criança, não só a nível funcional, como acontecia até então, mas também a nível emocional. Esta grande viragem foi fruto de

várias e importantes mudanças sociais — nomeadamente o aumento das taxas de divórcio e das taxas de gravidez fora do casamento e a inserção da mulher a uma maior escala no mercado de trabalho — que provocaram grandes mutações na estrutura familiar tradicional, levando não só a uma readaptação dos papéis dos pais como também das mães, e respectiva alteração das suas expectativas e responsabilidades para com a criança (Cabrera, 2010). Emergiu, assim, uma nova dinâmica familiar na qual os cuidados e educação dos filhos já não eram da inteira responsabilidade da mãe, como acontecera até então (Schoppe-Sullivan, McBride, & Ho, 2004).

O construto de envolvimento paterno surgiu, na literatura sobre parentalidade, por volta dos anos oitenta. Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1987) propuseram um modelo que permite estudar o envolvimento paterno, distinguindo três componentes do mesmo: interacção directa (tempo passado em interacção com a criança, seja nos cuidados ou lazer), acessibilidade (pressupõe a disponibilidade do pai para a criança) e responsabilidade (tarefas essenciais ao bem-estar, cuidados e segurança da criança). Contudo, segundo Radin (1994) para um bom entendimento do envolvimento paterno é necessário, paralelamente ao estudo do envolvimento absoluto, considerar o envolvimento relativo sendo que, no primeiro, se considera apenas o pai; e no segundo se compara o envolvimento das várias figuras prestadoras de cuidado.

É neste contexto que surgem investigações que demonstram que, apesar de os pais apresentarem níveis elevados de acessibilidade no quotidiano da criança e se percepcionarem como envolvidos na prestação de cuidados e na educação dos filhos, a mãe continua a ser a principal cuidadora da criança (Simões, Leal, & Maroco, 2010). Habib e Lancaster (2005) reportam também que os pais parecem assumir menos responsabilidade do que as mães no cuidado da criança. Contudo, o envolvimento do pai parece variar nos vários domínios da vida familiar: um estudo realizado por Monteiro, Veríssimo e Santos (2008), revelou que é quase sempre a mãe a realizar as tarefas práticas mas que os dois participam nas actividades lúdicas. Por outro lado, Finley, Mira, e Schwartz (2008) concluem que o pai é menos envolvido que a mãe em todos os domínios, excepto no domínio económico. Em Portugal, o inquérito internacional das “Famílias e papéis de género”, realizado em 2002, concluiu que 93% dos portugueses considera que tanto o homem como a mulher devem contribuir para o rendimento da família; no entanto, 78% considera que as crianças sofrem quando a mãe trabalha e 43% da população considera que as mães deveriam ficar em casa até os filhos terem seis anos de idade (Wall, Aboim, & Cunha, 2010).



Porém, encontram-se níveis mais elevados de envolvimento paterno em famílias em que os dois progenitores trabalham (Brouta, Lepotsky, Silverstein, & Auerback, 2010). Segundo Jacobs e Kelley (2006), crenças não tradicionais acerca do papel do pai prevêm mais tempo como cuidador primário da criança. Da mesma maneira se, há uns anos atrás, as políticas públicas estavam assentes em pressupostos baseados na família nuclear tradicional, hoje, devido à grande emergência de famílias não tradicionais, tentam incentivar à responsabilidade e ao envolvimento do pai (permitindo, por exemplo, a licença de paternidade) (Cabrera, 2010).

Contudo, e, apesar de estes estudos indicarem que o envolvimento dos dois progenitores não é ainda igualitário, a literatura revela que os benefícios do envolvimento paterno não são, de forma alguma, negligenciáveis. Vários estudos têm demonstrado que o envolvimento paterno tem consequências positivas e duradouras tanto para o desenvolvimento infantil como para a saúde da mãe e bem-estar familiar em geral. Martin, McNamara, Millot, Hall e Hair (2007) descobriram que o envolvimento paterno pode influenciar os comportamentos da mãe durante a gravidez. Assim, programas pré-natais para promover o envolvimento paterno durante esta altura não só têm a capacidade de influenciar positivamente os pais e de os manter envolvidos (Robbens, 2009), mas, também podem ter consequências importantes para a saúde da mãe, a gravidez e o bem estar da criança (Martin, McNamara, Millot, Hall & Hair, 2007; Bronte-Tinkew, Ryan, Carrano, & Moore, 2007). Os pais que estão mais envolvidos no período pré-natal demonstram também uma maior interacção directa com a criança durante a primeira infância (Cabrera, Fagan, & Farrie, 2008), com benefícios claros para o desenvolvimento infantil. Paralelamente, um maior envolvimento por parte do pai contribui também para um menor stress maternal (Kalil, ZiolGuest, & Coley, 2005). A participação do pai na criação da criança tem também uma influência positiva no sucesso académico (McBride, Schoope-Sullivan, & Hop, 2005), promove maior capacidade de regulação emocional (Downer & Mendez, 2005), menos problemas de comportamento em geral (Cia & Barham, 2009) e, em particular, menor frequência de comportamentos externalizantes em rapazes (Flouri & Buchanan, 2003) e internalizantes em raparigas (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, & Bremberg, 2008); bem como um melhor desenvolvimento social e emocional (Monteiro, Veríssimo, & Santos, 2008). Da mesma forma, o estudo de Culp, Schadle, Robinson, e Culp (2000) sugere que o envolvimento paterno contribui para a aceitação parental, o que tem uma forte influência no desenvolvimento do auto-conceito e auto-estima da criança.

Dados os amplos benefícios do envolvimento paterno acima referidos, torna-se então necessária uma compreensão mais profunda acerca dos seus determinantes, por forma a poderem ser criadas condições para que esse envolvimento seja potenciado. Segundo Lamb e colegas (1985) existem quatro condições que influenciam o envolvimento paterno: a motivação do pai para estar envolvido na vida da criança, a sua competência e auto-confiança no papel de pai, o suporte e stress e os factores institucionais, tais como a profissão.

Belsky (1984; 2005) propõe um modelo dos determinantes do comportamento paterno enquadrando-se numa perspectiva ecológica, segundo o qual o comportamento paterno resulta de várias influências, sendo elas as características da criança (sexo, temperamento, idade, entre outras), características dos dois progenitores (crenças, aptidões, história individual, características de personalidade), características do microsistema familiar (maioritariamente a relação conjugal), características do exosistema (rede social mais próxima, na qual os elementos da família estão incluídos) e características do macrosistema (estado actual da sociedade). Assim, só é possível compreender o comportamento parental se tomarmos em consideração todos os determinantes atrás referidos e analisarmos também o stress e o suporte percebido pelos pais (Belsky, 2005).

Sabe-se, então, que o envolvimento paterno é um construto multideterminado, influenciado por diversas variáveis. As expectativas que os pais têm relativamente à criança parecem influenciar o seu envolvimento com esta (Cook, Dick, Jones, & Singh, 2005), bem como as crenças que possuem relativamente à paternidade, sendo que crenças mais positivas parecem reduzir a influência de barreiras exteriores ao envolvimento (Freeman, Newland, & Coyl, 2008). Pais que se sentiram mais aceites pelo seu pai têm também, geralmente, interacções mais didácticas e responsáveis para com os seus filhos (Shannon, Tamis-LeMonda, & Margolin, 2005).

A relação dos homens com as suas parceiras também parece determinar as suas interacções com as crianças. Vários estudos sugerem que a satisfação conjugal está positivamente associada com o envolvimento paterno (Coley & Hernandez, 2006; Lee & Doherty, 2007). Assim, homens que se sintam mais apoiados pela parceira no seu papel de pai exibem comportamentos mais sensíveis e positivos com os seus filhos do que pais em relações menos satisfatórias (Belsky, Youngblade, Rovine, & Volling, 1991).

Shannon, Tamis-LeMonda e Margolin (2005), concluíram também que homens que residem com a criança, são casados, têm níveis educacionais mais elevados e rendimentos acima da média têm interacções mais positivas com a criança. No entanto, neste estudo a relação conjugal não se correlaciona com as interacções paternas (Shannon, Tamis-LeMonda,

& Margolin, 2005), demonstrando alguma contradição com outros estudos. A idade do pai também tem sido associada a um maior ou menor envolvimento paterno, apesar de os resultados apresentados pelos vários estudos serem contraditórios. Enquanto o estudo de Lima (2008) concluiu que pais mais velhos se envolvem mais no cuidado da criança, nomeadamente ao nível da responsabilidade que assumem por esta, outro estudo revelou que, quanto mais avançada a idade do pai, menor o seu envolvimento nas tarefas de cuidados e disciplina (Monteiro, Fernandes, Veríssimo, Pessoa e Costa, Torres, & Vaughn, 2010). Parece também existir uma tendência para que os pais de rapazes se envolvam mais no cuidado da criança (Lima, 2008; Rouyer, Frascarolo, Zaouche-Gadron, & Lavanchy, 2007) do que pais de raparigas, e foram encontradas discrepâncias relativamente às representações dos papéis parentais e nível de responsabilidade consoante o género da criança (Rouyer, Frascarolo, Zaouche-Gadron, & Lavanchy, 2007).

Contudo, a maioria destes estudos têm sido realizados relativamente ao envolvimento de pais de crianças com um desenvolvimento normativo.

Nas famílias de crianças com deficiência, sabemos que há um grande impacto negativo do diagnóstico da mesma nos pais. Durante a gravidez, estes tendem a idealizar o seu bebé pelo que, quando confrontados com uma criança com deficiência, é necessário que façam o luto da perda do bebé perfeito que imaginaram (Marvin, & Pianta, 1996). Durante o processo de adaptação à nova realidade trazida pelo diagnóstico, a família vê-se então obrigada à reestruturação e reorganização enquanto grupo, uma vez que uma criança com necessidades especiais exige muitas vezes a presença constante de um cuidador (Milbrath, Cecagno, Soares, Amestoy, & Siqueira, 2008). Nestas famílias são, então, frequentes reacções emocionais negativas e prolongadas – entre as quais se destacam grandes sentimentos de culpa (Dantas, Coolet, Moura, & Torquato, 2010) e níveis elevados de stress em ambos os progenitores (Glenn, Cunningham, Poole, Reeves, & Weidling, 2008; Oelofsen & Richardson, 2006; Ong, Afifah, Sofia, & Lye, 1998; Wang & Jong, 2004), que podem interferir significativamente com a disponibilidade parental para cuidar dos filhos (Schuengel, Rentick, Stolck, Voorman, Loots, Ketelaar, et al., 2009).

Assim, se a parentalidade pode, por si só e em circunstâncias normais, acartar numerosos eventos stressantes, dada a necessidade dos progenitores responderem, de forma competente, às necessidades dos seus filhos (Rodrigo, Martin, Cabrera & Máiques, 2009), nas famílias de crianças com deficiência as dificuldades no papel parental são ainda mais pronunciadas, dadas as limitações funcionais e de dependência prolongada da criança e as exigências e factores de stress adicionais que advêm da sua condição (Lin, 2000). Deste modo,

podem verificar-se influências negativas no desenvolvimento da criança, visto que este está directamente relacionado com a saúde física e psicológica dos seus pais (Burton, Lethbridge, & Phipps, 2008), a qual, como mencionado anteriormente, se pode ver comprometida.

O stress é uma resposta negativa às exigências que são sentidas como sendo superiores aos recursos que os indivíduos têm para as enfrentar (Lazarus, 1993); ou seja, um indivíduo entra em estado de stress quando considera não ter as aptidões e recursos necessários para responder a determinada circunstância que considera importante (Serra, 2000). O stress parental, mais propriamente, é definido como o stress experimentado por um adulto no desempenho da sua função parental (Mixão, Leal, & Maroco, 2010). A este conceito acresce a interacção específica com uma dada criança e a interacção que advém das características desta, do próprio e do contexto (Mixão, Leal, & Maroco, 2010); o que, no caso das crianças com deficiência, se reveste de uma particular importância. Um estudo realizado por Padilla, Lara, Álvarez-Dardet (2010) revelou que a acumulação de stress está intimamente ligada a dificuldades no desempenho do papel parental.

Enquanto alguns estudos demonstram que mães de crianças com paralisia cerebral apresentam resultados globais mais elevados no índice de stress parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico (Britner, Morog, Pianta, Marvin, 2003; Glenn, Cunningham, Poole, Reeves, & Weidling, 2008), outro estudo levado a cabo por Lily (1997) revelou não existirem diferenças nos níveis de stress parental de pais e mães de crianças com deficiência intelectual quando comparados com pais de crianças com desenvolvimento normativo.

A paralisia cerebral é a deficiência motora mais frequente na infância (ocorrendo em média em 2 a 3 nascimentos em cada 1000) (Surveillance of cerebral palsy in Europe, 2000), resultando de um conjunto amplo de situações caracterizadas por serem permanentes, mas não inalteráveis, que envolvem uma alteração do movimento e/ou postura da função motora e são devidas a interferência/lesão/anomalia não progressiva do desenvolvimento do cérebro imaturo. Este conjunto de situações descreve um grupo de perturbações do desenvolvimento e da postura que causam limitação da actividade e que podem ser acompanhadas de perturbações das sensações, cognição, comunicação, percepção, comportamento ou epilepsia (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton, & Pareth, 2005).

Dado que nas famílias de crianças com deficiência, onde se inclui a paralisia cerebral, a maior parte da responsabilidade de educar a criança é tomada pelas mães (Hirose & Ueda, 1990; Button, Pianta, & Marvin, 2001), estas acabam muitas vezes por ter de abdicar da vida social, pessoal e profissional para prestar melhores cuidados à criança (Milbrath, Cecagno,

Soares, Amestoy, & Sequeira, 2008). Esta desigualdade de papéis nas tarefas do dia-a-dia pode originar fortes sentimentos de sobrecarga (Wiegner & Donders, 2000), e conduzir a situações de conflito familiar. A literatura indica que, frequentemente, os pais destas crianças ficam pouco tempo juntos (Foundation for People with Learning Disabilities, 2007).

Nas famílias onde o pai tem um papel activo e participativo na educação e cuidado da criança, as mães reportam maior satisfação (Simmerman, Blacher, & Baker, 2001), e menores níveis de stress (Button, Pianta & Marvin, 2001) uma vez que percepcionam os problemas de comportamento da criança como menos influentes no risco de depressão (McConnell, Futris, & Bartholomae, 2009) o que conduz a níveis mais elevados de bem-estar familiar (Simmerman, Blacher, & Baker, 2001). Concomitantemente, relações familiares saudáveis têm sido identificadas como promotoras do desenvolvimento de capacidades sociais em crianças com deficiência física (Bennet, & Hay, 2007).

Alguns autores sugerem que mães e pais de crianças mais novas com deficiência sentem mais exigências do que os pais de crianças mais velhas (Ellis, Luiselli, Amirault, Byrne, Cannon, Taras, Wolongevicz, & Sisson 2002; Wang, & Jong, 2004), tal como pais de crianças com deficiências mais graves (Wang & Jong, 2004; Vermaes, Janssens, Mullaart, Vinck, & Gerris, 2008) e que usam cadeira de rodas exprimem mais necessidades do que pais de crianças que andam sem restrições (Palisano et al., 2009). A gravidade da deficiência da criança também tem sido associada a uma fraca qualidade da relação do casal, baixo suporte social e níveis mais elevados de stress parental (Ong, Afifah, Sofiah, & Lye, 1998; Button, Pianta, & Marvin, 2001; Britner, Morog, Pianta, & Marvin, 2003; Vermaes, Janssens, Mullaart, Vincks, & Gerris, 2008). No entanto, noutras investigações não se verificaram evidências de que a gravidade da deficiência da criança influenciasse o stress parental (Davis, Shelly, Waters, Boyd, Cook, & Davern, 2009).

A maioria dos estudos sobre o stress parental em crianças com deficiência, tem sido realizada relativamente às mães. Alguns estudos têm incluído mães e pais de crianças com deficiência, tendo revelado resultados contraditórios. Enquanto algumas investigações sugerem que os pais sentem menos stress do que as mães (Kazak & Marvin, 1984; Beckman, 1991), outras afirmam que os níveis de stress percepcionados pelos dois progenitores são idênticos (Lily, 1997; McCarthy, Cuskelly, Kraayenoord, Cohen, 2006). Um estudo concluiu que a maior influência do stress paterno era o nível de competências funcionais da criança (McCarthy, Cuskelly, Kraayenoord, Cohen, 2006).

Da mesma maneira que o envolvimento paterno contribui para o bem-estar familiar e da parceira, traz também benefícios para a criança. Actividades de estimulação cognitiva,

cuidados físicos e afectividade por parte do pai promovem menores atrasos cognitivos em crianças com deficiência, especialmente em rapazes (Bronte-Tinkew, Carrano, Horowitz, & Kinukawa, 2008). Um estudo realizado por Krastina, Berzina, Kraukle e Zake (2006) verificou que o envolvimento activo dos pais na aprendizagem dos filhos com Necessidades Educativas Especiais promove o desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

Torna-se, assim, evidente a importância do papel do pai, não só enquanto promotor do próprio desenvolvimento da criança, mas também enquanto fonte de apoio e conforto para a mãe, ajudando-a no seu papel de cuidadora.

Apesar destes indicadores, os pais de crianças com deficiência têm sido caracterizados na literatura como “invisíveis ou periféricos” (Herbert & Carpenter, 1994). Os pais afirmam que muitas vezes encontram dificuldades no seu envolvimento, visto que os profissionais de saúde e educação não reconhecem a necessidade de incluir o pai na situação familiar (Carpenter & Towers, 2008). Um estudo realizado por Yano, Alves, Silva e Sagim (2006) concluiu que em famílias de crianças com paralisia cerebral, os pais ainda reconhecem como sua principal função a subsistência da família. No entanto, outros estudos referem que tanto a mãe como o pai de crianças deficientes concordam que o pai está envolvido em tarefas tais como brincar com a criança, alimentá-la e educá-la (Simmerman, Blacher, & Baker, 2001); além disso, alguns pais referem ter uma interacção diária com a criança, ter estabelecido uma relação emocional próxima com ela e retirar prazer desta, apesar de ser a mãe a principal cuidadora (Carpenter & Towers, 2008). Num estudo qualitativo, realizado com pais de crianças com Síndrome de Down, verificou-se que estes participavam activamente nas actividades e cuidados dos filhos, mas que o tempo que estavam com eles, era reduzido devido à vida profissional (Henn, & Piccinini, 2010).

Como referido anteriormente, vários factores podem influenciar o envolvimento paterno, sendo um deles o sentimento de auto-eficácia (Jacobs & Kelley, 2006). Esta é uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura, 1982) que resulta de uma avaliação individual sobre a capacidade de um desempenho competente e capaz em determinadas situações (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher- Thompson & Bandura, 2002). De acordo com Ribeiro (2004), a auto-eficácia refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca da sua capacidade de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress. Assim, as crenças que o indivíduo tem relativamente à sua capacidade para atingir determinados níveis de desempenho em tarefas específicas, determinam o seu nível de auto-eficácia (Ribeiro, 2004). Por outro lado, as crenças de auto-eficácia influenciam também o

quanto e durante quanto tempo o sujeito se irá esforçar para ultrapassar obstáculos e experiências negativas (Bandura, 1982).

Desta forma, o modelo da auto-eficácia de Bandura, aplicado à auto-eficácia parental, sugere que, para os pais desempenharem com sucesso o seu papel parental têm de acreditar que irão conseguir o resultado desejado e ter confiança na sua performance (Salonen, Kaunonen, Astedt-Kurki, Jarvenpaa, Isoaho, Tarkka, 2009). A auto-eficácia parental surge, assim, como uma grande determinante nos comportamentos parentais adequados (Jones & Prinz, 2005). Alguns estudos têm identificado o sentimento de auto-eficácia como um grande determinante na depressão materna e no stress materno (Fox & Gelfand 1994; Porter & Hsu 2003), estando níveis elevados de stress materno associados a baixos níveis de auto-eficácia parental (Fox & Gelfand, 1994).

Relativamente à auto-eficácia parental de pais de crianças com deficiência, um estudo realizado por Small (2010) não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre mães de crianças com deficiência e mães de crianças com desenvolvimento normativo. No entanto, numa investigação levada a cabo por Kazak e Marvin (1984), pais e mães de crianças com deficiência física reportaram níveis mais baixos de sentimento de auto-eficácia, em comparação com pais de crianças sem deficiência.

No entanto, muito poucos estudos se focaram nos sentimentos de auto-eficácia parental do pai e as interações destes sentimentos com o stress parental (Sevigny & Loutzenhiser, 2009). Enquanto um estudo verificou existir uma relação entre o stress e os níveis de auto-eficácia parental das mães, o mesmo não acontecendo relativamente aos pais (Reece & Harkless, 1998), outro estudo concluiu que o stress era a maior influência da auto-eficácia paterna (Sevigny & Loutzenhiser, 2009).

É sabido que pais com mais confiança nas suas competências para educar uma criança se envolvem mais e são mais responsáveis nas suas tarefas parentais (Sanderson & Thompson, 2002), e que a auto-eficácia paterna tem sido identificada como estando associado ao envolvimento no cuidado aos seus filhos (Ehrenberg, Gearing-Small., Hunter & Small, 2001). Assim, quanto mais eficazes os pais se sentem no seu papel, mais se envolvem com a criança e mais tempo despendem como cuidadores primários destas (Jacobs & Kelley, 2006), o que acarreta numerosos benefícios para o desenvolvimento da criança e para o ambiente familiar em geral.

No entanto, existem ainda poucos estudos sobre auto-eficácia parental (Hassall, Rose, & McDonald, 2005) e envolvimento paterno em crianças com deficiência. Apesar de, nestas famílias, o papel do pai passar muitas vezes despercebido, é necessário considerar a dinâmica

do papel e a contribuição de cada membro da família, por forma a fornecer um suporte adequado e manter a família como uma unidade interactiva e holística (Carpenter, 2005).

Sendo a Paralisia Cerebral a deficiência motora mais frequente na infância, com um impacto importante no funcionamento diário da família e da criança (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein, Bax, Damiano, Dan, & Jacobsson, 2007), é objectivo deste estudo explorar a percepção de envolvimento de pais de crianças com paralisia cerebral, analisando as diferenças consoante variáveis sócio-demográficas (idade do pai e habilitações académicas) e relativas à criança (género e gravidade da deficiência motora da criança), bem como o stress e auto-eficácia parental experienciados e as eventuais associações entre estas três variáveis. Os resultados são comparados com um grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo, dado que alguma literatura sugere que existem diferenças, nestas variáveis, entre os dois grupos.

Não foram formuladas hipóteses, uma vez que se trata de um estudo exploratório.



## **Método**

### **Delineamento**

O presente estudo foi realizado seguindo um desenho observacional-descritivo de comparação entre grupos - um deles constituído por pais de crianças com paralisia cerebral e outro por pais de crianças com desenvolvimento normativo. Pretendeu-se realizar uma análise quantitativa e correlacional das variáveis em estudo. Foi utilizado um plano de observação transversal, visto que os dados foram recolhidos num único momento, sendo a amostra utilizada uma amostra de conveniência.

### **Participantes**

A amostra deste estudo é constituída por dois grupos, sendo um deles composto por pais de crianças com paralisia cerebral, utentes do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (Grupo 1,  $n=29$ ) e outro por pais de crianças com desenvolvimento normativo (Grupo 2,  $n=31$ ), num total de sessenta ( $N=60$ ). No que concerne ao grupo 1, este era inicialmente constituído por pais de crianças com idades compreendidas entre os 5 e 9 anos, visto serem estas as idades correspondentes à amostra de validação da Escala de Envolvimento Paterno (Simões, Leal, & Maroco, 2010). No entanto, devido à impossibilidade de encontrar o número de sujeitos necessário à realização do estudo cujas características satisfizessem este critério de inclusão, foi necessário alargá-lo para passar a compreender pais de crianças com paralisia cerebral com idades entre os 2 e os 12 anos. Assim, o grupo de pais de crianças com paralisia cerebral é constituído por 29 pais, com idades compreendidas entre os 24 e os 52 anos ( $M = 38,03$ ;  $DP = 6,16$ ), com uma predominância de pais com idades situadas entre os 30 e os 47 anos (89,6%).

Ao nível das habilitações académicas, verifica-se que 34,5% dos pais possui o Ensino Básico, 31% possui o Ensino Secundário e 34,4% possui o Ensino Superior. Relativamente à profissão dos sujeitos, segundo a Classificação Portuguesa de Profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010), observa-se mais frequentemente Trabalhadores Não Qualificados (41.4%), seguido por Técnicos e Profissões de Nível Intermédio (13,8%), e Especialistas de Actividades Intelectuais e Científicas (13.8%).

Actualmente, 27,6% dos pais encontram-se separados ou divorciados da mãe da criança (dos quais: 75% há mais de um ano, 12.5% há um ano e 12.5% há menos de um ano).

O número de filhos dos sujeitos varia entre 1 e 4 ( $M = 1,79$ ;  $DP = 0,86$ ), com uma maior percentagem de sujeitos com dois filhos (44,8%), seguido de sujeitos com um filho (41,4%). As idades das crianças variam entre os 2 e os 12 anos, sendo a média de idades 7,48 anos ( $DP = 3,17$ ). Na tabela 2 apresentam-se as características das crianças com Paralisia Cerebral, cujo envolvimento paterno foi alvo de estudo.

Tabela 1

*Caracterização das Crianças do Grupo 1*

	N	%
Idade		
[2-4]	5	17,2%
[5-9]	13	44,8%
[10-12]	11	37,9%
Género		
Feminino	10	34,5%
Masculino	19	65,5%
Posição na Fratria		
Filho único	12	41,4%
1º	9	31%
2º	6	20,7%
3º	2	6,9%
Tipo de Paralisia Cerebral		
Espástica Unilateral	5	17,2%
Espástica Bilateral	12	41,4%
Desconhecida	12	41,4%
Gravidade da deficiência motora		
Ligeira	7	24,1%
Moderada	8	27,6%
Severa	12	41,4%
Desconhecida	2	6,9%
Co-morbilidades		
Não	15	51,7%
Sim	14	48,3%
Tipo de co-morbilidade		
Epilepsia	7	53,8%
Perturbação sensorial e epilepsia	3	23,1%
Doença respiratória	3	23,1%

A maioria dos sujeitos (82,8%) considera que uma acção de formação sobre a problemática do filho seria muito importante e os restantes sujeitos consideram que seria importante (17,2%).

No que diz respeito ao grupo 2, este é constituído por 31 pais de crianças com desenvolvimento normativo, cujo critério de inclusão foi ter pelo menos um filho, com idade compreendida entre os 5 e os 9 anos, e sem problemas de saúde conhecidos. Assim, as idades dos sujeitos deste grupo variam entre os 29 e os 53 anos ( $M = 39,35$ ;  $DP = 7,37$ ), existindo uma maior predominância de sujeitos na faixa etária dos 36 aos 41 anos (29%). Relativamente às habilitações académicas, 54,9% dos sujeitos possui o Ensino Superior, 29% o Ensino Secundário e 16,1% possui apenas o Ensino Básico. Relativamente à profissão exercida, segundo a Classificação Portuguesa de Profissões (INE, 2010), 25,8% dos pais são Especialistas de Actividades Intelectuais e Científicas, 22,6% são trabalhadores não qualificados, 19,4% são técnicos e profissões de nível intermédio e 19,4%, pessoal administrativo.

Quando a criança a quem o questionário se refere nasceu, apenas um sujeito (3,2%) não se encontrava junto/casado com a mãe da criança e actualmente 9,7% (3 sujeitos) já não se encontram juntos com a mãe. O número de filhos dos sujeitos varia entre 1 e 5 ( $M = 1,81$ ;  $DP = 0,98$ ). Relativamente às crianças, as suas idades variam entre os cinco e os nove anos ( $M = 6,77$ ;  $DP = 1,71$ ), sendo que 15 destas são do sexo masculino (48,4%) e 16 do sexo feminino (51,6%). Aproximadamente metade das crianças são filhas únicas (48,4%) sendo que as restantes possuem entre 1 e 4 irmãos (52,6%).

## **Material**

**Questionário sócio-demográfico.** Foram construídos dois questionários sócio-demográficos, um para o grupo de pais de crianças com paralisia cerebral e outro para o grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo. Ambos incluíam itens destinados a aferir a idade do pai, as suas habilitações literárias, profissão, número de filhos, posição na fratria e idade do filho(a). O questionário destinado ao grupo de pais de crianças com paralisia cerebral incluía adicionalmente itens que permitissem caracterizar a situação clínica dos respectivos filhos, tais como a forma clínica da paralisia cerebral, a sua percepção da gravidade da deficiência motora do filho(a), outras patologias associadas e o seu eventual interesse numa formação sobre paralisia cerebral.

**Escala de Envolvimento Paterno.** Neste estudo foi utilizada a versão adaptada e validada para a população portuguesa do *Paternal Involvement In Child Care Index* (PICCI, Radin, N., 1982), desenvolvida por Simões, Leal & Maroco (2010), cujo objectivo é avaliar a percepção

paterna da frequência de participação nas diferentes situações relacionadas com o dia-a-dia familiar e nos cuidados e educação da criança (Simões, Leal, & Maroco, 2010). A escala é constituída por 20 itens, sendo a sua estrutura relacional explicada por quatro factores: Cuidados – constituída por 6 itens (e.g., “Com que frequência realiza a tarefa de alimentar a criança?”); Disponibilidade – da qual fazem parte 6 itens (e.g., “Com que frequência está fora de casa e longe da criança durante semanas e meses?”); Presença – composta por 4 itens (e.g., “Com que frequência está presente durante a semana ao pequeno almoço com a criança e restante família?”); e Disciplina – constituída por 3 itens (e.g., “Com que frequência castiga a criança?” e “Na sua família quem é que geralmente toma a decisão de que a criança deve ser disciplinada”). O último item (“Qual a percentagem do tempo que o seu filho está ao cuidado das seguintes pessoas: você, o cônjuge, outros familiares, professores?”) não se encontra incluído nas dimensões anteriores, uma vez que apresenta um formato de resposta diferente (não é incluído na pontuação total da escala), tendo apenas como propósito uma avaliação quantitativa do envolvimento relativo (Simões, Leal, & Maroco, 2010). Os itens das subescalas são respondidos numa escala de tipo Likert com 5 modalidades de resposta, sendo estas operacionalizadas de diferentes formas, consoante o conteúdo da questão subjacente (Desde *Sempre* (5) a *Nunca* (1); Desde *Sempre o pai* (5) a *Sempre a mãe* (1); Desde *Muito envolvido* (5) a *Nada envolvido* (1)). A pontuação total na escala e nas subescalas é obtida através da média dos respectivos itens (nos itens 9 a 14 a pontuação deverá ser invertida), sendo que resultados mais elevados indicam um maior nível de envolvimento paterno (Simões, Leal, & Maroco, 2010). No que diz respeito à fiabilidade da escala encontrada na amostra de validação, esta apresentou uma consistência interna global adequada ( $\alpha=0.85$ ). Relativamente às quatro dimensões avaliadas, as primeiras duas apresentam valores de consistência interna considerados igualmente adequados (respectivamente  $\alpha=0,755$  e  $\alpha=0.856$ ) enquanto as dimensões Presença e Disciplina apresentam valores mais baixos, embora também aceitáveis ( $\alpha=0,648$  e  $\alpha=0,647$ , respectivamente).

**Escala de Stress Parental.** Para avaliar o stress parental experienciado pelos pais foi utilizada a versão portuguesa da *Parental Stress Scale* de Berry e Jones (1995), adaptada para a população portuguesa, por Mixão, Leal e Maroco (2010). Esta escala é constituída por 17 itens ancorados numa escala de resposta de tipo Likert, com 5 modalidades (*Discordo totalmente* (1) a *Concordo totalmente*(5) ). A estrutura factorial da escala validada para a população portuguesa revelou quatro factores, sendo eles: Preocupações Parentais (e.g., “Ter um filho tem sido um peso financeiro”); Satisfação Parental (e.g., “Sinto-me próximo do meu

filho”), Falta de Controlo (e.g., “Eu sinto-me oprimido pela responsabilidade de ser pai”) e Medos e Angústias (e.g., “Às vezes penso se faço o suficiente pelo meu filho”), sendo que as três primeiras subescalas são constituídas por cinco itens e a última por apenas duas. A cotação é feita através do somatório dos vários itens, sendo que sete destes, por se encontrarem na positiva (1,2,5,6,7,16 e 17), deverão ser invertidos. A pontuação total varia entre 18 e 90, estando valores mais elevados associados a maiores níveis de stress parental. Valores totais entre 18 e 42 são considerados pelos autores como indicativos de baixos níveis de stress; entre 43 e 66, níveis intermédios e, entre 67 e 90, níveis de stress elevados (Mixão, Leal, & Maroco, 2010).

No que concerne às qualidades psicométricas, esta escala apresenta níveis aceitáveis de consistência interna para estudos de natureza exploratória ( $\alpha$  de cronbach = 0.76) (Mixão, Leal, & Maroco, 2010).

**Escala de Auto-eficácia Parental.** Visto não ter sido encontrada nenhuma escala de auto-eficácia parental validada para a população portuguesa, construiu-se para o presente estudo uma escala que tivesse uma dimensão reduzida e que pudesse ser facilmente passada aos pais em contexto de saúde. Assim, a escala de auto-eficácia parental (Anexo I) é constituída por quatro itens (e.g., “Sei o que fazer em quase todas as situações com o meu filho”), que pretendem avaliar se os pais acreditam possuir as competências parentais para desempenhar o seu papel parental e se sentem que desempenham esse papel com sucesso. As respostas aos itens são dadas numa escala de tipo Likert, que varia desde *Sempre* (5) a *Nunca* (1), sendo a pontuação total obtida através do somatório das pontuações em todos os itens. A amplitude de resposta varia entre 4 e 20. Na validação desta escala (anexo) foram incluídos pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 12 anos. A escala revela, na amostra de validação, um  $\alpha$  de Cronbach de 0,728, considerado como indicador de uma fiabilidade apropriada (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

## **Procedimentos**

Para a recolha de dados do grupo de pais de crianças com paralisia cerebral, solicitou-se, numa primeira fase, permissão verbal à Coordenadora do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (C.D.C), no Hospital Garcia de Orta por forma a obter a autorização para a recolha de dados. Paralelamente, foi também enviado para o Conselho de Administração e Comissão de Ética do mesmo Hospital o projecto de investigação e o

consentimento informado. Foi acordado em conjunto com a Coordenadora do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva todo o processo de recolha de dados. Assim, e visto que existe um dia semanal no C.D.C. para Consulta de Paralisia Cerebral, estipulou-se que as recolhas tomariam lugar nestas ocasiões. Após as consultas, os pais das crianças eram encaminhados para uma sala, onde lhes era solicitada a participação no estudo. Nessa altura, eram-lhes também explicados os objectivos do mesmo e assegurada a confidencialidade de todos os dados por eles eventualmente fornecidos. Caso acessem a esta solicitação, era-lhes fornecido o consentimento informado, onde constavam todas as informações prestadas, que assinavam, passando em seguida ao preenchimento dos questionários. Foram também recolhidos dados na Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral Almada-Seixal, a qual organizou uma reunião para pais no Hospital Garcia de Orta. Após autorização verbal do presidente, e durante a mesma reunião, abordaram-se os pais das crianças seguindo um procedimento semelhante ao acima descrito.

Para a recolha de dados relativa ao grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo realizou-se, primeiramente, um contacto presencial com a Coordenadora das Unidades de Educação da Câmara de Lisboa, numa creche da zona de Lisboa, com o objectivo de obter autorização para a recolha de dados no mesmo local. Após obtenção da mesma, foram entregues várias cópias dos questionários, separadas em envelopes, para que fossem entregues aos pais das crianças que tivessem irmãos mais velhos. Alguns dados foram também recolhidos junto de pais de crianças conhecidos ou por processo “bola de neve”, garantindo-se sempre a confidencialidade dos dados.

Os questionários foram sempre apresentados aos sujeitos na seguinte ordem: Questionário Sócio-Demográfico, Escala de Envolvimento Paterno, Escala de Stress Parental e Escala de Auto-eficácia Parental.

## Resultados

A análise estatística foi efectuada com o Software SPSS (v.19; SPSS Inc, Chicago, IL), para  $\alpha=0.05$ . Numa primeira fase, serão apresentados os dados relativos à fidelidade dos instrumentos utilizados e suas sub-escalas, quando aplicados à amostra do presente estudo.; posteriormente, será apresentada a análise descritiva das variáveis em estudo e, por último, os procedimentos estatísticos utilizados para concretizar os objectivos deste. Neste estudo, a Normalidade da Distribuição foi testada com recurso ao Teste de Shapiro-Wilk, por ser o mais ajustado a amostras de pequena dimensão (Maroco, 2010). Para a Homogeneidade de Variâncias recorreu-se ao Teste de Levene.

A percepção da gravidade da deficiência motora da criança foi dividida em dois grupos, o Grupo 1 constituído pela percepção da deficiência como sendo ligeira ou moderada, e o Grupo 2 como severa, por forma a que a frequência de sujeitos em cada um dos grupos fosse mais homogénea.

A análise de fidelidade, através do Alpha de Cronbach, à Escala de Envolvimento Paterno Total (EPP) e às suas quatro dimensões, revelou valores considerados indicadores de uma boa consistência interna (tabela 2), de acordo com os valores definidos em Maroco & Garcia-Marques (2006) para a escala total e para as dimensões Cuidados e Disponibilidade. A dimensão Presença apresenta um valor mais baixo, contudo, ainda aceitável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). A dimensão Disciplina apresenta um valor baixo, pelo que os seus resultados devem ser interpretados com precaução. As escalas de Stress Parental e de Auto-Eficácia Parental revelam também valores considerados indicadores de uma boa consistência interna, como se pode verificar na Tabela 2.

Relativamente ao Envolvimento Paterno de pais de crianças com Paralisia Cerebral e, uma vez que se englobaram crianças com idades não correspondentes às da amostra de validação, foi testada a existência de diferenças nas várias faixas etárias da amostra, dividida em 3 Grupos, de acordo com as idades de validação da escala: Grupo 1: 2-4 anos; Grupo 2: 5-9 anos (faixa etária para a qual a escala se encontra validada); Grupo 3: 10-12 anos. Depois de verificado o pressuposto de Normalidade nos vários grupos (Grupo1  $p=0.07$ ; Grupo 2  $p=0.99$ ; Grupo 3  $p=0.27$ ) e Homogeneidade de Variâncias ( $p=0.94$ ) foi realizado o Teste ANOVA one-way. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos ( $F(2,26)=1.86$ ;  $p=0.18$ ), pelo que se optou por utilizar apenas um grupo que compreendesse as três faixas etárias acima mencionadas.

Relativamente às tendências de distribuição das variáveis em estudo (Tabela 2) verificou-se que o grupo de pais de crianças com paralisia cerebral (Grupo 1) revela um valor elevado no envolvimento paterno e na dimensão Cuidados, de acordo com os valores sugeridos por Simões, Leal, & Maroco (2010). Na dimensão Presença observou-se um valor moderado e um valor mais baixo na dimensão Disponibilidade. A dimensão Disciplina apresentou um valor baixo, sendo que, como referido anteriormente, os valores relativos a esta dimensão devem ser analisados com precaução, atendendo ao seu baixo valor de consistência interna ( $\alpha=0.56$ ). No que concerne ao grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo (Grupo 2), observou-se um valor considerado médio no que diz respeito ao Envolvimento Paterno total, valores considerados moderados nas dimensões Cuidados e Presença e baixos na dimensão Disponibilidade (Simões, Leal, & Maroco, 2010). Observou-se, igualmente, um valor baixo na dimensão Disciplina. O valor médio de Stress Parental indica, de acordo com Mixão, Leal, & Maroco (2010), baixos níveis de Stress no desempenho do papel parental nos dois grupos de pais. Relativamente à Auto-Eficácia Parental encontrou-se um valor médio em ambos os grupos, como se pode verificar através da Tabela 2.

Tabela 2  
*Estatística Descritiva das Variáveis Principais*

	Mín	Máx	Média	DP	Alpha Cronbach
Envolvimento Paterno					0.87
Grupo 1	2.63	4.68	3.67	0.54	
Grupo 2	2.05	4.42	3.35	0.57	
Cuidados					0.86
Grupo 1	3.00	5.00	4.13	0.66	
Grupo 2	2.00	4.50	3.42	0.76	
Disponibilidade					0.89
Grupo 1	1.83	5.00	4.16	0.85	
Grupo 2	2.17	5.00	4.06	0.89	
Presença					0.63
Grupo 1	1.75	4.25	2.83	0.75	
Grupo 2	1.50	4.25	2.49	0.86	
Disciplina					0.56
Grupo 1	0.83	2.17	1.46	0.38	
Grupo 2	0.83	1.83	1.45	0.27	
Stress Parental					0.79
Grupo 1	20.00	50.00	32.10	6.94	
Grupo 2	22.00	53.00	32.57	8.02	
Auto-eficácia parental					0.86
Grupo 1	11.00	20.00	16.24	2.91	
Grupo 2	12.00	20.00	15.62	2.15	

*Nota.* Grupo 1- Pais de crianças com paralisia cerebral; Grupo 2 - Pais de crianças com desenvolvimento normativo



## Envolvimento Paterno

Foram verificadas as correlações entre o envolvimento do pai e as variáveis sócio-demográficas “Habilitações Académicas do Pai” e “Idade do Pai” recorrendo ao Coeficiente de Correlação de Spearman. Os resultados são apresentados na tabela 3.

A idade do pai revelou ter uma associação negativa e significativa com os Cuidados prestados (indicando que, quando a idade aumenta, os cuidados prestados à criança diminuem) e com a Disponibilidade. Relativamente às Habilitações Académicas do pai, foi apenas encontrada uma associação significativa com a dimensão Presença, sendo esta negativa.

Tabela 3

*Associação entre a idade do pai e as suas habilitações literárias e o Envolvimento Paterno*

	Cuidados	Disponibilidade	Presença	Disciplina
Idade	-0.29*	-0.28*	-0.17	0.01
Habilitações	-0.20	-0.12	-0.29*	-0.19

Nota. \* $p < 0.05$

Por forma a verificar se o Envolvimento do Pai é influenciado pelo género da criança realizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, uma vez que não se verificou a totalidade dos pressupostos para a utilização de um método paramétrico. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas várias dimensões consoante o género da criança (Cuidados  $U=362.00$ ;  $W=687.00$ ;  $p=0.33$ ; Disponibilidade  $U=408.00$ ;  $W=733.00$ ;  $p=0.79$ ; Presença  $U=418.00$ ;  $W=769.00$ ;  $p=0.718$ ; Disciplina  $U=392.00$ ;  $W=987.00$ ;  $p=0.45$ ).

Com vista à investigação da significância da diferença entre o envolvimento paterno de pais de crianças com paralisia cerebral e pais de crianças com desenvolvimento normativo, utilizámos o Teste T-Student para amostras independentes, após verificação dos pressupostos de normalidade da distribuição (Grupo1  $p=0.19$  Grupo2  $p=0.68$ ) e homogeneidade de variâncias ( $p=0.99$ ). Como podemos verificar na tabela 4, existem diferenças estatisticamente significativas no envolvimento paterno, sendo este superior no grupo de pais de crianças com paralisia cerebral, comparativamente ao grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo.

Tabela 4

*Comparação de médias de Envolvimento Paterno nos dois grupos*

	Grupo 1		Grupo 2		Df	t	p
	M	DP	M	DP			
Envolvimento	3,67	0,54	3,35	0,57	56	-2,18	.033

*Nota.* Grupo 1- Pais de crianças com paralisia cerebral

Grupo 2 - Pais de crianças com desenvolvimento normativo

Para avaliar a existência de diferenças nos vários domínios do Envolvimento Paterno entre os pais de crianças com paralisia cerebral e os pais de crianças com desenvolvimento normativo recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, uma vez que não se verificaram os pressupostos de utilização de um teste paramétrico. De acordo com os resultados obtidos, conclui-se existirem diferenças significativas entre os grupos no que concerne às variáveis Cuidados ( $U=221$ ;  $W=686$ ;  $p=0.00$ ) e marginalmente na dimensão Presença ( $U=316.5$ ;  $W=883.5$ ;  $p=.05$ ), apresentando o grupo de pais de crianças com paralisia cerebral um maior envolvimento nestas dimensões (Média das Ordens Cuidados = 37.78; Média das Ordens Presença = 35.09) comparativamente aos pais de crianças com desenvolvimento normativo (Média das Ordens Cuidados = 22.87; Média das Ordens Presença = 26,21)

Para estudar eventuais diferenças no Envolvimento Paterno em função da percepção da gravidade da deficiência motora da criança, recorreu-se igualmente ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, visto não se terem verificado os pressupostos de aplicação dos testes paramétricos em todos os grupos. Verificou-se, então, a existência uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nas dimensões Disponibilidade ( $U=43.00$ ;  $W=121.00$ ;  $p=0.02$ ), e marginalmente significativa na dimensão Disciplina ( $U=50.00$ ;  $W=128.00$ ;  $p=0.05$ ), apresentando o grupo de pais com percepção da gravidade da deficiência ligeira e moderada um maior envolvimento (Média das Ordens Disponibilidade=17.13; Média das Ordens Disciplina= 16.67) comparativamente aos pais que percebem a deficiência motora do filho como severa (Média das Ordens Disponibilidade = 10.08; Média das ordens Disciplina = 10.67).

Relativamente ao Envolvimento Paterno relativo, observou-se que, em ambos os grupos, os pais consideravam a mãe como principal prestadora de cuidados da criança, seguida de professores e, apenas depois, eles próprios. No entanto, como evidenciado pela tabela 5, os pais de crianças com paralisia cerebral percebem-se como passando mais

tempo como cuidador primário da criança quando comparados aos pais de crianças com desenvolvimento normativo.

Tabela 5

*Percentagem de tempo que o filho está ao cuidado do próprio, do cônjuge, outros familiares e professores*

	Grupo 1		Grupo 2	
	M	SD	M	SD
Próprio	23.30	14.11	18.04	9.06
Cônjuge	36.69	20.73	40.54	12.93
Outros familiares	8.39	9.91	5.61	14.58
Professores	31.79	19,01	36.18	14.58

*Nota.* Grupo 1- Pais de crianças com paralisia cerebral

Grupo 2- Pais de crianças com desenvolvimento normativo

## Stress Parental

Para avaliar diferenças nos níveis de stress vivenciados pelos pais de crianças com paralisia cerebral (Grupo 1) relativamente aos pais de crianças com desenvolvimento normativo (Grupo 2), procedeu-se à aplicação do Teste T-Student, após confirmação dos pressupostos de normalidade da distribuição ( $p_{\text{grupo1}} = 0.10$ ;  $p_{\text{grupo2}} = 0.07$ ) e homogeneidade de variâncias ( $p = 0.18$ ). Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (tabela 6). Recorreu-se ao mesmo teste para avaliar se a percepção da gravidade da deficiência motora influencia os níveis de stress parental, uma vez que se verificaram os pressupostos de normalidade da distribuição ( $p_{\text{grupo1}} = 0.67$ ;  $p_{\text{grupo2}} = 0.44$ ) e homogeneidade de variâncias ( $p = 0.92$ ). Como se pode verificar na tabela 6, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no stress parental experienciado em função da percepção da gravidade da deficiência motora, embora os pais que têm por mais grave a deficiência motora do filho apresentem um resultado médio mais elevado ( $M = 33,25$ ), comparativamente aos pais de crianças que percebem essa deficiência motora como ligeira ou moderada ( $M = 31,67$ ).

Tabela 6

*Valores médios, Desvio-Padrão e Teste T-Student do Stress Parental*

		M	DP	t	P
Pais de Crianças	Paralisia Cerebral	32.10	6.94	0.24	0.81
	Desenvolvimento Normativo	32.56	8.02		
Deficiência Motora	Ligeira e Moderada	31.67	7.05	-0.57	0.58
	Severa	33.25	7.36		

### Auto-Eficácia Parental

Para avaliar diferenças estatisticamente significativas entre pais de crianças com paralisia cerebral (Grupo 1) e de pais de crianças com desenvolvimento normativo (Grupo 2) relativamente à Auto-eficácia Parental recorreu-se ao Teste Wilcoxon-Mann-Whitney (uma vez que não se verificaram os pressupostos de aplicação do Teste T-Student, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que concerne ao sentimento de Auto-Eficácia Parental ( $U=365.50; W=800.50; p = .39$ )).

Para verificar se os níveis de Auto-Eficácia Parental diferiam consoante a percepção da gravidade da deficiência motora da criança, recorreu-se mais uma vez ao Teste T-student, uma vez que estão garantidos os pressupostos para a aplicação deste método estatístico. Aplicado este teste, tal não foi verificado ( $t(25)=-0.26; p=0.8$ ).

### Correlações

Por fim, foi analisada a existência de associações entre as variáveis Envolvimento Paterno/Stress Paterno, Envolvimento Paterno/Auto-Eficácia, Stress Paterno e Auto-Eficácia no grupo de pais de crianças com paralisia cerebral. Foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar a associação entre Envolvimento e Stress Paterno, verificando-se a existência de uma associação negativa entre estas variáveis. No entanto, esta associação não se revelou estatisticamente significativa (Tabela 7). Relativamente ao Stress e Auto-Eficácia Parental observou-se também, através do coeficiente de correlação de Spearman (uma vez que não se verificou a normalidade da distribuição), uma associação negativa, embora não estatisticamente significativa. A associação entre Envolvimento Paterno e Auto-Eficácia foi

igualmente avaliada com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman, evidenciando-se uma associação positiva e significativa entre as duas variáveis.

Tabela 7

*Correlações entre as variáveis principais*

	Stress	Auto-Eficácia	Envolvimento Paterno	P
Stress	--	-0.13**		0.503
Auto-eficácia		--	0.65**	0.000
Envolvimento paterno	-0.35*		--	0.065

*Nota.* \* Correlação de Pearson \*\* Correlação de Spearman

## Discussão

A literatura sobre o envolvimento paterno tem vindo a aumentar, existindo, no entanto, ainda uma lacuna sobre o envolvimento de pais de crianças com deficiência, pese embora os indiscutíveis benefícios deste, tanto para a criança como para a família (Simmerman, Blacher, & Baker, 2001; Button, Marvin, & Pianta, 2001; McConnell, Futris, & Bartholomae, 2009; Bennet & Hay, 2007; Bronte-Tinkew, Carrano, Horowitz, & Kinukawa, 2008; Krastina, Berzina, Kraukle, & Zake, 2006).

De forma a contribuir para o aumento do conhecimento acerca deste tema, pretendeu-se, neste estudo, investigar o envolvimento paterno em famílias de crianças com paralisia cerebral, analisando a sua relação com algumas variáveis que têm sido identificadas na literatura por exercer uma importante influência sobre o mesmo, nomeadamente o stress e a auto-eficácia parental. Adicionalmente, foram também exploradas diferenças nestas variáveis entre pais de crianças com paralisia cerebral e pais de crianças com desenvolvimento normativo.

Relativamente à relação entre o envolvimento paterno e a idade do pai e suas habilitações académicas, apenas foi encontrada uma associação negativa entre idade do pai e os cuidados prestados à criança e a sua disponibilidade para esta, contrariamente ao encontrado no estudo de Lima (2008). Quer isto dizer que, à medida que a idade do pai aumenta, o seu envolvimento nos cuidados e a sua disponibilidade para a criança tendem a diminuir. Tal pode dever-se ao facto de pais mais velhos poderem ter uma visão mais tradicional do papel do pai, tal como sugerido por Monteiro et al (2010). Ao nível das habilitações académicas foi também encontrada uma associação negativa com a presença do pai, associação essa que poderá provir das maiores exigências profissionais que pais com mais habilitações tipicamente enfrentam.

Ambos os grupos de pais se percebem envolvidos com a criança, maioritariamente nas dimensões Presença e Cuidados, indo ao encontro do novo ideal de paternidade vigente desde os anos setenta, no qual o pai, outrora incumbido apenas de funções de sustento, participa agora activamente e em conjunto com a mãe nas tarefas relativas ao cuidado e educação da criança (Lamb, 2010). Em ambos os grupos se observa um baixo envolvimento na dimensão Disciplina, similarmente aos resultados obtidos no estudo de Simões, Leal, e Maroco (2010), que sugerem que castigar a criança e estabelecer limites ao seu comportamento não é uma das componentes principais do envolvimento paterno. Contudo, conforme já referido, estes resultados devem ser interpretados com precaução devido à baixa

fiabilidade desta subescala. Apesar de os pais da amostra deste estudo se considerarem envolvidos, continuam a considerar a mãe a principal prestadora de cuidados da criança, seguida de professores e, só depois, do próprio; o que vai ao encontro de estudos anteriores que revelam que a mãe ainda continua a ser a principal cuidadora da criança (Simões, Leal, & Maroco, 2010).

No que concerne, especificamente, ao Envolvimento Paterno de pais de crianças com deficiência, os resultados do presente estudo correspondem aos de investigações anteriores, que referem que os pais estão envolvidos em tarefas de alimentação e educação da criança (Simmerman, Blacher, & Baker, 2001), apesar de à semelhança dos pais de crianças com desenvolvimento normativo, continuar a ser a mãe a principal cuidadora (Carpenter & Towers, 2008). A um nível descritivo, observa-se que os pais de crianças com paralisia cerebral despendem mais tempo como cuidadores primários da criança quando comparados com pais de crianças com desenvolvimento normativo. Estes pais, percebem-se, também, como mais envolvidos, em especial nas dimensões Cuidados e Presença. Estas diferenças podem surgir do facto de uma criança com paralisia cerebral apresentar maiores limitações funcionais (Lin, 2000) (e, portanto, ter mais necessidades a que dar resposta do que uma criança com desenvolvimento normativo), exigindo um maior envolvimento por parte dos pais. Em alguns casos, estas limitações são de tal forma pronunciadas que exigem até a presença constante de um cuidador (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein, Bax, Damiano, Dan, & Jacobson, 2007).

Os resultados encontrados sugerem, também, que os pais de crianças com paralisia cerebral que percebem a deficiência motora do seu filho como ligeira ou moderada revelam um maior envolvimento nas dimensões Disponibilidade e Disciplina, em comparação a pais de crianças que percebem a deficiência motora do filho como severa. Relativamente às diferenças na dimensão Disponibilidade, os pais que percebem a deficiência do filho como ligeira ou moderada mostram-se mais disponíveis do que os pais que a percebem como grave. Pode colocar-se a hipótese de, nos pais de crianças com deficiência grave, a adaptação e aceitação da doença da criança se revelar mais difícil, pelo que estes, ao experienciarem maiores exigências, podem sentir uma maior dificuldade em fazer-lhes face e, por isso, utilizar mecanismos de *coping* de evitamento que os levam a reduzir a sua disponibilidade. De facto, estudos anteriores referem que os pais têm uma maior tendência para recorrer a mecanismos de *coping* que passam pelo afastamento emocional, através da manutenção de interesses fora do ambiente familiar (Grant & Whittlell, 2000). Tipicamente, este afastamento é muitas vezes conseguido através da sua profissão (Grant &

Whittell, 2000), à qual, muitas vezes, dedicam mais horas como forma de distração e de evitar lidar com as exigências que advêm de ter um filho com deficiência (Carpenter, 2005). No que diz respeito às diferenças encontradas na dimensão Disciplina, os pais de crianças com deficiências mais graves podem sentir-se mais relutantes em castigar ou disciplinar os seus filhos. Tal pode dever-se ao facto de ainda estar muito vigente na sociedade contemporânea a crença de que a deficiência é uma tragédia pessoal que impõe constrangimentos à felicidade e realização dos indivíduos dela portadores (Woolfson, 2004). Assim, e enquanto membros da sociedade, os pais destas crianças podem partilhar estas crenças negativas, que por seu turno influenciam a forma como percebem o seu papel (Woolfson, 2004). Deste modo, podem sentir que ele consiste em compensar a criança pela sua deficiência e respectivas limitações, e por isso terem mais renitência em disciplinar e contrariar os seus filhos (Woolfson, 2004).

No que diz respeito ao Stress paterno, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o Stress experienciado por pais de crianças com paralisia cerebral e pais de crianças com desenvolvimento normativo. Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Lily (1997) relativamente a pais e mães de crianças com deficiência intelectual. Contudo, estes resultados contrastam com outros estudos que reportam que pais de crianças com deficiência apresentam mais Stress que os pais de crianças com desenvolvimento normativo (Britner, Morog, Pianta, Marvin, 2003; Glenn et al, 2008). É, no entanto, de salientar que, no presente estudo, o resultado da escala de Stress Parental poderá ter sofrido efeitos de desejabilidade social. Itens como “O comportamento do meu filho é muitas vezes embaraçador/stressante para mim” ou “Se fizesse tudo de novo decidia não ter filhos” podem confrontar os pais com sentimentos relativos à condição do filho, sentimentos esses que os mesmos poderão não estar preparados para encarar ou admitir perante si próprios. Por outro lado, os valores de Stress Parental obtidos podem também ter sido menores devido ao facto de, tal como referido anteriormente, os filhos dos pais incluídos na amostra serem acompanhados regularmente no Centro de Desenvolvimento; o que pode originar nos pais o sentimento de, também eles, estarem a ser apoiados e, assim, reduzir o seu Stress relativamente à condição do filho.

Não foram, também, encontradas influências da percepção da gravidade da deficiência motora do filho nos níveis de Stress apresentados pelos pais, resultado este similar ao encontrado por Davis, Shelly, Waters, Boyd, Cook, e Davern (2009). No entanto, analisando estes dados a um nível descritivo, parece existir uma tendência para que o Stress Parental de pais que percebem a deficiência como severa seja superior aos que a percebem como



ligeira ou moderada, pelo que estudos futuros com amostras de maior dimensão deverão analisar esta diferença.

Na presente amostra não foram também encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de pais relativamente aos níveis de auto-eficácia parental. Este resultado é semelhante ao obtido por Small (2010) no que concerne à auto-eficácia parental de mães de crianças com deficiência, quando comparadas com mães de crianças com desenvolvimento normativo. Paralelamente, os níveis de auto-eficácia paterna parecem também não variar consoante a percepção da gravidade da deficiência motora.

No que diz respeito à análise da associação entre o Stress e o Envolvimento Paterno, os resultados indicam que, de facto, existe uma associação negativa entre estes (ainda que fraca) com um valor próximo do nível de significância, revelando alguma tendência para a existência de uma associação significativa entre as variáveis. Da mesma forma, também não foi encontrada uma associação significativa entre o Stress e a Auto-Eficácia Paterna, indo este resultado ao encontro do estudo de Reece e Harkless (1998), onde não foi também encontrada uma relação entre estas duas variáveis para os pais, apesar de existir para as mães. O presente estudo encontrou apenas uma associação positiva, moderada e significativa entre a Auto-Eficácia Paterna e o Envolvimento do pai tal como em estudos anteriores (Ehrenberg, Gearing-Small, Hunter, & Small, 2010). Assim, a Auto-Eficácia Paterna parece ser um dos factores que parece influenciar significativamente o envolvimento do pai uma vez que, ao sentir que possui as competências necessárias para fazer face às necessidades e exigências da condição da criança, se sente mais motivado para se envolver activamente, e persistir neste papel (Jacobs & Kelley, 2006).

Há ainda que salientar que, quando questionados acerca da importância da participação numa acção de formação sobre paralisia cerebral, todos os pais consideraram muito importante (82,8%) ou importante (18,2%) essa participação, demonstrando o seu interesse e motivação para aumentar os seus conhecimentos relativamente à situação clínica do filho e de como lidar da melhor forma com as suas necessidades.

É importante referir que este estudo apresenta uma amostra com uma dimensão reduzida, o que pode ter influenciado a análise de subgrupos. Adicionalmente, foram incluídas na amostra crianças cujas idades não estavam incluídas na amostra de validação da escala de envolvimento paterno, devido à dificuldade em encontrar um número suficiente de pais cujos filhos satisfizessem os critérios de inclusão iniciais. Assim, sugere-se que estudos futuros repliquem a presente análise em amostras de maior dimensão, por forma a reforçar a validade dos resultados obtidos; e procedam à utilização da reformulação da Escala de Envolvimento

Paterno utilizada neste estudo que, estando já validada para crianças dos 0 aos 12 anos, permite avaliar diferenças no Envolvimento Paterno nas várias faixas etárias. Da mesma forma, contemplando as diferenças no Envolvimento Paterno em função de o pai se encontrar junto/casado ou separado da mãe, deverão tomar em conta a satisfação conjugal nestes casais, uma vez que a literatura sugere que esta influencia o Envolvimento Paterno (Lee & Doherty, 2007) e que existe uma grande percentagem de separações em casais cujos filhos sofrem de algum tipo de deficiência (Foundation for People with Learning Disability, 2007). Seria, igualmente, interessante estudar a relação entre a percepção do papel de pai em crianças com deficiência e o envolvimento paterno, visto que estas percepções podem ter importantes influências nas práticas parentais (Woolfson, 2004). Por outro lado, neste estudo também não foi investigada a adaptação do pai à doença do filho, pelo que futuras investigações devem considerar esta variável aquando da análise do Envolvimento Paterno de crianças com deficiência, permitindo tirar conclusões acerca das hipóteses presentemente levantadas.

Por fim, salienta-se que, na presente amostra, os pais de crianças com paralisia cerebral consideram-se como envolvidos no cuidado da criança. No entanto, alerta-se para o facto de a recolha de dados no presente estudo se ter revelado extremamente difícil devido à existência de muitas famílias monoparentais, pelo que pensamos que para uma visão mais realista do envolvimento paterno no contexto da deficiência, estudos futuros deveriam considerar a percepção da mãe acerca do envolvimento do pai. Não obstante as limitações desta investigação, pensa-se que este trabalho levantou questões pertinentes para que futuras investigações contribuam no sentido de um maior aprofundamento desta matéria.

## Referências

- Bandura, A.(1982) Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 2,122-147.
- Bax, M., Golstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Pareth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental medicine & child neurology*, 47, 8, 571-576.
- Beckman, P. (1991). Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal of Mental Retardation* , 95, 85-595.
- Belsky (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 55, 83-96
- Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M., & Volling, B. (1991). Patterns of marital change and parent–child interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 487–498.
- Belsky, J. (2005) Social-contextual determinants of parenting. In: R.E. Tremblay, R.G. Barr, R.DeV. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005:1-6.
- Bennet, K., & Hay, D. (2007). The role of family in the development of social skills in children with physical disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education* , 381-397.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.
- Britner, P. A., Morog, M. C., Pianta, R. C. & Marvin, R. S. (2003). Stress and coping: a comparison of self report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis. *Journal of Child and Family Studies*,12, 335–348.
- Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., Horowitz, A., & Kinukawa, A. (2008). Involvement among resident fathers and links to infant cognitive outcomes. *Journal of Family Issues* , 29, 1211-1244.
- Bronte-Tinkew, J., Ryan, S., Carrano, J., & Moore, K. (2007). Residente fathers pregnancy intentions, prenatal behaviours and links to involvement with children. *Journal of marriage and family* , 69, 977-990.

- Brouta, J., Lepotsky, D., Silverstein, L., & Auerback, C. (2010). Of marmosets and men: Triplet families as an ecological context that generates high father involvement. *Fathering* , 8, 37-60.
- Burton, P., Lethbridge, L., & Phipps, S. (2008). Children with disabilities and chronic conditions and longer-term parental health. *The Journal of Socio-Economics* , 37, 1168-1186.
- Button, S., Pianta, R., & Marvin, R. (2001). Partner support and maternal stress in families raising young children with cerebral palsy. *Journal of development and physical disabilities* , 13, 1, 61-81.
- Cabrera, N., Fagan, J., & Farrie, D. (2008). Explaining the long reach of fathers. Prenatal involvement on later paternal engagement. *Journal of marriage and family* , 7, 5, 1094-1107.
- Cabrera, N. (2010). Father involvement and public policies. In. Lamb. *The role of the father in child development (5th ed.)*, 17-550. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Carpenter, B. (2005). Inside the portrait of the family: the importance of fatherhood. Consultado em 14 de Março de 2011 através de <http://www.fatherhoodinstitute.org>
- Carpenter, B., & Towers, C. (2008). Recognising fathers: the needs of father of children with disabilities. *Support for learning* , 23, 3, 118-125.
- Cia, F., & Barham, E. (2009). O envolvimento paterno e o desenvolvimento social de crianças iniciando as actividades escolares. *Psicologia em estudo* , 14 (1), 67-74.
- Coley, R., & Hernandez, D. (2006). Predictors of paternal involvement for resident and non-resident low-income fathers. *Developmental psychology* , 42, 6, 1041-1056.
- Cook, J., Dick, A., Jones, R., & Singh, A. ( 2005). Revisiting mens' role in father involvement: the importance of personal expectations. *Fathering* , 3, 2, 165-178.
- Culp, R., Schadle, S., Robinson, L., & Culp, A. (2000). Relationships among paternal involvement and young children perceived self-competence and behavioral problemas. *Journal of Child and Family Studies* , 9, 1, 27-38.
- Dantas, M. S., Collet, N., Moura, F. d., & Torquato, I. M. (2010). Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. *Texto Contexto Enferm* , 19, 2, 229-237.
- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R., Cook, K., & Davern, M. (2009). The impact of caring for a child with Cerebral Palsy: Quality of life for mothers and fathers. *Child: care, health and development*, 36, 1, 63-73.

- Downer, J.T., & Mendez, J.L. (2005). African American father involvement and preschool children's social readiness. *Early Education and Development*, 16, 317-340.
- Ehrenberg, M.F., Gearing-Small, M., Hunter, M.A., & Small, B.J. (2001). Childcare task division and shared parenting attitudes in dual-earner families with young children. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 50, 143-153.
- Ellis, J. T., Luiselli, J. K., Amirault, D., Byrne, S., O'Malley Cannon, B., Taras, M., Wolongevicz, J. & Sisson, R.W. (2002) Families of children with developmental disabilities: assessment and comparison of self-reported needs in relation to situational variables. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14, 191-202
- Finley, E., Mira, S., & Schwartz, S. (2008). Perceived maternal and paternal involvement: Factor structures, mean differences and parental role. *Fathering* , 6,1, 62-82.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 634-644.
- Foundation for People with Learning Disabilities (2007). Recognising Fathers: understanding the issues faced by fathers with a learning disability. London: Foundation of People with Learning Disability.
- Fox, C. R. & Gelfand, D. M. (1994) Maternal depressed mood and stress as related to vigilance, self-efficacy and mother-child interactions. *Early Development and Parenting*, 3, 233-243.
- Freeman, H., Newland, L., & Coyl, D. (2008). Father beliefs as a mediator between contextual barriers and father involvement. *Early child development and care* , 178, 803-819.
- Glenn, S., Cunningham, C., Poole, H., Reeves, D., & Weidling, M. (2008). Maternal parenting stress and its correlates in families with young child with cerebral palsy. *Child: care, health and development* , 35, 1,71-78.
- Grant, G., Whittell, B. (2000). Differentiated coping strategies in families with children or adults with intellectual disabilities: the relevance of gender, family composition and the life span. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 256-275.
- Habib, C., & Lancaster, S. (2005). The transition to fatherhood: the level of first-time

- fathers' involvement and strength of bonding with their infants. *Journal of family studies* , 246-266.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family suport. *Journal of Intellectual Disability Research* , 49, 6, 405-418.
- Henn, C., & Piccinnini, C. (2010). A experiência da paternidade e o envolvimento paterno no contexto da Síndrome de Down. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26,4, 623-631.
- Herbert, E. and Carpenter, B. (1994) 'Fathers – the secondary partners: professional perceptions and a father's recollections', *Children and Society*, 8, 1, 31–41.
- Hirose, T., & Ueda, R. (1990). Long-term follow-up study of cerebral palsy children and coping behaviour of parents. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 762- 770.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). Classificação Portuguesa de Profissões. Através de [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- Jacobs, J. N., & Kelley, M. L. (2006). Predictors of paternal involvement in childcare in dual-earner families with young children. *Fathering* , 4, 1, 23-47.
- Jones, T. L. & Prinz, R. J. (2005) Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341–363.
- Kalil, A., Ziol-Guest, K.M., & Coley, R.L. (2005). Perceptions of father involvement patterns in teenage-mother families: Predictors of links to mothers' psychological adjustment. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 54, 197-211.
- Kazak, A.E., & Marvin, R.S. (1984). Differences, difficulties and adaptation in families with handicapped child. *Family relations*, 33, 67-77.
- Krastina, E.F.,Berzina, Z., Kraukle, S., & Zake, D. (2006). Inclusion and the role of parent involvement. *Erdélyi Pszichológiai Szemle* , 353-373.
- Lamb, M. (2010). *The role of the father in child development* (5<sup>th</sup> ed). New Jersey: John Wiley and & Sons.
- Lamb, M., Pleck, J., Charnov, E., & Levine (1985). Paternal behaviour in humans. *American Zoologist*, 25,883-894.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., & Levine, J.A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In J. Lancaster, J. Altmann, A. Rossi, & L. Sherrod (Eds.), *Parenting across the lifespan: Biosocial dimensions*

- (pp. 111-142). New York: Aldine de Gruyter
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annu. Rev. Psychol*, 44, 1-21.
- Lee, C., & Doherty, W. (2007). Marital satisfaction and father involvement during the transition to parenthood. *Fathering* , 5, 2, 75-96.
- Lily L. Dyson (1997) Fathers and Mothers of School-Age Children With Developmental Disabilities: Parental Stress, Family Functioning, and Social Support. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 3, 267-279.
- Lima, J. (2008). O tempo e forma de envolvimento do pai em tarefas de socialização dos filhos em idade pré-escolar. In P. Martins, *Infâncias possíveis, mundos reais*, 1-15.
- Lin, S. (2000) Coping and adaptation in families of children with cerebral palsy. *Exceptional Children*, 66, 201–218.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4,1, 65-90. ReportNumber. Sílabo.
- Martin, L., McNamara, M., Millot, A., Hall, T., & Hair, E. (2007). The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Matern Child Health Journal* , 595-602.
- Marvin, R.S., & Pianta, R.C. (1996). Mothers' reaction to their child's diagnosis: relations with security of attachment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 4, 436-445.
- McBride, B.A., Schoppe-Sullivan, S.J., & Ho, M. (2005). The mediating role of fathers' school involvement on student achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26, 201-216.
- McCarthy, A., Cuskelly, N., Kraayenoord, C., Cohen, J. (2006). Predictors of stress in mothers and fathers with fragile X syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 6, 688-704.
- McConnell, A. D., Futris, T. G., & Bartholomae, S. (2009). Mothers of children with physical disabilities: Influence of family processes on mothers' depressive symptomatology. *Marriage and Family Review* , 45, 1, 68-83.
- Milbrath, V. M., Cecagno, D., Soares, D. C., Amestoy, S. C., & Siqueira, H. C. (2008).

- Being a woman, mother to a child with cerebral palsy. *Acta Paul Enferm* , 21, 3, 427-231.
- Mixão, M., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de Stress Parental. In I. Leal, & J. Maroco (Eds.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Porto: Legis.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., & Santos, A. (2008). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. *Análise Psicológica* , 26, 3, 395-409.
- Monteiro, L., Fernandes, M., Veríssimo, M., Pessoa e Costa, I., Torres, N., & Vaughn, B. (2010). Perspectiva do Pai acerca do seu Envolvimento em Famílias Nucleares . Associações com o que é desejado pela Mãe e com as Características da Criança. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44, 1, 120-130.
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* , 31, 1, 1-12.
- Ong, L. C., Afifah, I., Sofiah, A. & Lye, M. S. (1998) Parenting stress among mothers of Malaysian children with cerebral palsy: predictors of child- and parent-related stress. *Annals of Tropical Paediatrics*, 18, 301–307.
- Osofsky, J. D. & Thompson, M. Padilla, J. P., Lara, B. L., & Álvarez-Dardet, S. M. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica* , 17, 1, 47-57.
- Palisano, R. J., Almarsi, N., Chiarello, I. A., Orlin, M. N., Bagley, A., & Maggs, J. (2009). Family needs of parents of children and youth with cerebral palsy. *Child: care, health and development* , 36, 1, 85-92.
- Parke, R. (1995). Fathers and Families. In M. Bornstein, *Handbook of Parenting*. Mahwah: Lawrence Erlbaum-
- Parke, R. D., & Tinsley, B. J. (1987). Family interaction in infancy. In J. D. Osofsky(Ed.), *Handbook of infant development*, 2nd Edition. New York: John Wiley & Sons.
- Porter, C. L. & Hsu, H-C. (2003) First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54–64.
- Radin, N. (1982). *Paternal Involvement in Child Care Index*. Ann Arbor: University of Michigan School of Social Work.



- Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In A.E. Gottfried & A.W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (11-54). New York: Plenum Press
- Reece, S. M. & Harkless, G. (1998) Self-efficacy, stress, and parental adaptation: applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4, 198–215.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climpesi
- Ribeiro, J.L.P. (2004). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-eficácia geral. Através de <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>, em 14 de Maio de 2011.
- Robbens, M. (2009). Facilitating Fatherhood: A longitudinal examination of father involvement among young minority fathers. *Child, adolescence and social work Journal* , 121-134.
- Rodrigo, M.J., Martín, J.C., Cabrera, E. y Máiquez, M.L (2009). Competencias parentales y familias en situación de riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18, 2, 113-120.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B. & Jacobsson, B. (2007) A report: the definition and classification of cerebral palsy *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 8–14.
- Ross, J. (1979). A Review of Some Psychoanalytic Contributions on Paternity. *Fathering*, 60, 1, 317-328.
- Rouyer, V., Frascarolo, F., Zaouche-Gaudron, C., & Lavanchy, C. (2007). Fathers of girls, fathers of boys: Influence of child's gender on fathers' experience of engagement in and representations of paternity. *Swiss Journal of Psychology* , 66, 4, 225-233.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Jarvenpää, A-L., Isoaho, H., Tarkka, M.T (2009) Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 65(11), 2324–2336.
- Sanderson, S., & Thompson, V.L.S. (2002). Factors associated with perceived paternal involvement in childrearing. *Sex Roles*, 46, 99-111.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* , 153-158.
- Schoppe-Sullivan, S. J., McBride, B. A., & Ho, M. R. (2004). Unidimensional versus

- multidimensional perspectives on father involvement. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice*, 2, 147-164.
- Schuengel, C., Rentick, I., Stolck, J., Voorman, J., Loots, G., Ketelaar, M., Gorter, J.W., Becher, J.G. (2009). Parents' reactions to the diagnosis of cerebral palsy: associations between resolution, age and severity of disability. *Child: care, health and development*, 5, 673-680.
- Serra, A.V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21,4, 261-278.
- Sevigny, P., & Loutzenhiser, L. (2009). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and father of toddlers. *Child: care, health and development*, 36, 2, 179-189.
- Shannon, J. D., Tamis-LeMonda, C. S., & Margolin, A. (2005). Father involvement in infancy: influences of past and current relationships. *Infancy*, 8, 1, 21-41.
- Simmerman, S., Blacher, J., & Baker, B. (2001). Fathers' and mothers' perceptions of father involvement with young children with a disability. *Journal of Intellectual Development Disability*, 325-338.
- Simões, R., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Envolvimento paterno de pais de crianças em idade escolar. In I. Leal, & P. R., *Psicologia da saúde- Sexualidade, Género e Saúde* (pp. 205-214). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Small, R.P. (2010). A comparison of Parental Self-efficacy, Parental Satisfaction, , And Other Factors Between Single Mothers With And Without Children With Developmental Disability. *Wayne State University Dissertations*. Paper 30.
- Steffen, A., McKibbin, C., Zeiss, A., Gallagher-Thompson, D. & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *Journal of Gerontology*, 57B, 1, 74-86.
- Surveillance of Cerebral Palsy (2000). *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 816-824
- Vermaes, I., Janssens, J., Mullaart, R., Vinck, A., & Gerris, J. (2008). Parents' personality and parenting stress in families of children with spina bifida. *Child: care, health and development*, 34 (5), 665-674.
- Wall, K., Aboim, S., Cunha, V. (2010). A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades. Lisboa: Comissão para a igualdade no trabalho e no emprego.
- Wang, H.-Y., & Jong, Y.-J. (2004). Parental Stress and Related Factors in Parents of Children with Cerebral Palsy. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20, 7, 334-340.

- Wiegner, S., & Donders, J. (2000). Predictors of parental distress after congenital disabilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 271-277.
- Woolfson, L. (2004). Family well-being and disabled children: A psychosocial model of disability-related child behavior problems. *British Journal of Health Psychology*, 9, 1-13.
- <http://www.fatherhoodinstitute.org>, consultado em 14 de Março de 2011
- Yano, A., Alves, Z., Silva, M., & Sagim, M. (2006). As práticas de educação em famílias de crianças com paralisia cerebral diplégica espástica e com desenvolvimento típico pertencentes a camadas populares da cidade de Salvador- a perspectiva do pai. *Família, saúde e desenvolvimento*, 8, 2, 109-116.

# **ANEXOS**

## **Anexo A- Paralisia cerebral: etiologia, formas clínicas e dados epidemiológicos**

A Paralisia Cerebral é uma das deficiências motoras mais comum e severa na infância, que ocorre em média em 2 a 3 nascimentos em cada 1000 (Surveillance of cerebral palsy in Europe (SCPE, 2000).

A etiologia da Paralisia Cerebral está associada a vários factores de risco, que podem ser pré-natais, peri-natais ou pós-natais (Fehlings, Hunt, & Rosenbaum, 2007). Como factores de risco pré-natais estão identificados malformações congénitas do sistema nervoso, infecções congénitas (e.g. rubéola ou citomegalovirus), exposição a químicos e tóxicos (e.g., álcool), baixo peso ao nascer, prematuridade, gravidez múltipla, acidente vascular cerebral pré-natal, corioamnionite (inflamação das membranas fetais devido a uma infecção bacteriana), toxemia (ou pré-eclâmpsia, caracterizada por hipertensão arterial durante a gravidez) (Fehlings, Hunt, & Rosenbaum, 2007). Os factores peri-natais que são possíveis factores de risco são encefalopatia neonatal, hemorragia intracraniana, leucomalácia periventricular, deslocamento prematuro da placenta ou hemorragia (Fehlings, Hunt, & Rosenbaum, 2007). Os factores de risco pós-natais são infecções do sistema nervoso central (e.g. meningite e encefalopatias), asfixia e lesões cerebrais (Fehlings, Hunt, & Rosenbaum, 2007).

Define-se Paralisia Cerebral como um conjunto amplo de situações caracterizadas por serem permanentes, mas não inalteráveis; envolverem uma alteração do movimento e/ou postura da função motora; serem devidas a interferência/lesão/anomalia não progressiva do desenvolvimento do cérebro imaturo ([www.spp.pt](http://www.spp.pt)). Descreve um grupo de perturbações do desenvolvimento e da postura, que causam limitação da actividade (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton, & Pareth, 2005).

A Paralisia Cerebral pode afectar vários aspectos do desenvolvimento da criança, tais como o controlo do movimento (dificuldade em controlar e planear actos motores nas partes do corpo afectadas), desenvolvimento cognitivo e dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento da linguagem (em alguns casos mais severos, é necessário a utilização de meios aumentativos de comunicação) (Fehlings, Hunt, & Rosenbaum, 2007).

Assim, a paralisia cerebral pode ter como co-morbilidades perturbações das sensações, cognição, comunicação, percepção, comportamento ou epilepsia (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton, & Pareth, 2005).

A SCPE (2000) propôs critérios de classificação europeia da paralisia cerebral, que têm sido adoptados desde então, sendo eles:

- Paralisia cerebral espástica- caracterizada por pelo menos dois dos seguintes critérios: padrão anormal da postura e /ou movimento; tónus aumentado; reflexos patológicos (aumentados). Divide-se em unilateral (quando estão afectados membros só de um lado do corpo) e bilateral (quando estão implicados membros dos dois lados do corpo).
- Paralisia cerebral atáxica- caracterizada por padrão anormal da postura e/ou movimento; falha de coordenação muscular, sendo os movimentos realizados com força, ritmo e destreza inadequados.
- Paralisia cerebral disquinética- caracterizada por padrão anormal da postura e/ou movimento; presença de movimentos involuntários, descontrolados, recorrentes e ocasionalmente estereotipados. Pode ser distónica – hipocinésia (actividade motora reduzida) e hipertonia (tónus muscular aumentado) – ou coreoatetósica – hipercinésia (actividade motora aumentada) e hipotonia (tónus muscular reduzido).

Segundo os dados da Vigilância Epidemiológica Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade ([www.spp.pt](http://www.spp.pt)) , das 201 crianças com paralisia cerebral que tinham 5 anos em 2006, 85,1% apresentava a forma espástica, sendo que 63,7% apresentava a forma bilateral e 21,4% forma unilateral ([www.spp.pt](http://www.spp.pt)). A forma de paralisia cerebral disquinética estava presente em 10% dos casos e a atáxica em 3,5% ([www.spp.pt](http://www.spp.pt)).

Um estudo realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (Almeida, 2011) identificou o acompanhamento na consulta de 189 crianças e adolescentes com paralisia cerebral, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos (M=9,6). Destas crianças observa-se que 110 são do sexo masculino e que a forma clínica prevalente, é, tal como encontrado pela vigilância epidemiológica, a forma espástica (54% bilateral e 30% unilateral), seguida de 7% de forma disquinética e 1% de forma atáxica (Almeida, 2011). 8% dos casos ainda não têm classificação (Almeida, 2011). Relativamente à etologia, 57% dos casos são devido a factores peri-natais, 14% a factores pré-natais, 13% a factores pós-natais e 16% dos casos não têm etiologia atribuída (Almeida, 2011).

A amostra do nosso estudo é constituída, segundo informação do pai, apenas pela forma clínica espástica, que é, de acordo com os dados acima expostos, a mais prevalente na população.

## Referências

- Bax, M., Golstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., et al (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental medicine & child neurology*, 47 (8), 571-576.
- Fehlings, D., Hunt, C., Rosenbaum, P. (2007). Cerebral Palsy. In. I. Bron, I, & M. Percy (Eds), *A Comprehensive guide to intellectual & Developmental disabilities* (pp. 279-285). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers (2000). *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 816–824
- www.spp.pt

## Anexo B- Outputs Caracterização da amostra

### Output 1- Caracterização do grupo de pais de crianças com paralisia cerebral

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade do pai	29	24	52	38.03	6.156
Número de filhos	29	1	4	1.79	.861
Idade da criança	29	2.00	12.00	7.4828	3.16928
Se não, há quanto tempo se	8	.16	6.00	2.8950	2.13733
Valid N (listwise)	8				

**Idadepai\_classes**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid [24-29]	2	6.9	6.9	6.9
[30-35]	9	31.0	31.0	37.9
[36-41]	8	27.6	27.6	65.5
[42-47]	9	31.0	31.0	96.6
[48-53]	1	3.4	3.4	100.0
Total	29	100.0	100.0	

**Habilitações académicas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid 4ª classe	1	3.4	3.4	3.4
6º ano	3	10.3	10.3	13.8
9º ano	6	20.7	20.7	34.5
12º ano	9	31.0	31.0	65.5
Bacharelato	1	3.4	3.4	69.0
Licenciatura	9	31.0	31.0	100.0
Total	29	100.0	100.0	



Profissão		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Profissões das forças	1	3.4	3.4	3.4
	Especialistas das	4	13.8	13.8	17.2
	Técnicos e profissões de	4	13.8	13.8	31.0
	Pessoal administrativo	2	6.9	6.9	37.9
	Trabalhadores dos	2	6.9	6.9	44.8
	Trabalhadores qualificados	2	6.9	6.9	51.7
	Operadores de instalações	1	3.4	3.4	55.2
	Trabalhadores não	12	41.4	41.4	96.6
	Desempregado	1	3.4	3.4	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

Quando a criança nasceu estava junto com a mãe?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Não	1	3.4	3.4	3.4
	Sim	28	96.6	96.6	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

Hoje em dia está junto/casado com a mãe da criança?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Não	8	27.6	27.6	27.6
	Sim	21	72.4	72.4	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

Se não, há quanto tempo se separaram?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	.16	1	3.4	12.5	12.5
	1.00	1	3.4	12.5	25.0
	2.00	2	6.9	25.0	50.0
	3.00	2	6.9	25.0	75.0
	6.00	2	6.9	25.0	100.0
	Total	8	27.6	100.0	
Missing	System	21	72.4		
	Total	29	100.0		

#### Número de filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	1	12	41.4	41.4	41.4
	2	13	44.8	44.8	86.2
	3	2	6.9	6.9	93.1
	4	2	6.9	6.9	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

#### Faixas etárias das crianças

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	[2-4]	5	17.2	17.2	17.2
	[5-9]	13	44.8	44.8	62.1
	[10-12]	11	37.9	37.9	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

#### Género da criança

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Masculino	19	65.5	65.5	65.5
	Feminino	10	34.5	34.5	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

#### Considera a actividade de formação sobre formas de lidar com crianças com pc

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Importante	5	17.2	17.2	17.2
	Muito importante	24	82.8	82.8	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

#### Posição na fratria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	1	9	31.0	52.9	52.9
	2	6	20.7	35.3	88.2
	3	2	6.9	11.8	100.0
	Total	17	58.6	100.0	
Missing	System	12	41.4		
	Total	29	100.0		

**Tipo de paralisia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Pc espástica unilateral	1	3.4	3.4	3.4
	Pc espástica unilateral	4	13.8	13.8	17.2
	Pc espástica bilateral (2	5	17.2	17.2	34.5
	Pc espástica bilateral (3	1	3.4	3.4	37.9
	Pc espástica bilateral (4	6	20.7	20.7	58.6
	Desconheço	12	41.4	41.4	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

**Grau de deficiência motora**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Ligeira	7	24.1	24.1	24.1
	Moderada	8	27.6	27.6	51.7
	Severa	12	41.4	41.4	93.1
	Desconheço	2	6.9	6.9	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

**Problema de saúde associado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Não	15	51.7	51.7	51.7
	Sim	14	48.3	48.3	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

**Qual**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Epilepsia	7	24.1	53.8	53.8
	Perturbações sensoriais e	3	10.3	23.1	76.9
	Doenças respiratórias	3	10.3	23.1	100.0
	Total	13	44.8	100.0	
Missing	System	16	55.2		
	Total	29	100.0		

## Output 2- Caracterização do grupo de pais de crianças com desenvolvimento normativo

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade do pai	31	29	53	39.35	7.369
Número de filhos	31	1	5	1.81	.980
Idade da criança	31	5.00	9.00	6.7742	1.70704
Se não, há quanto tempo se	2	.50	2.00	1.2500	1.06066
Valid N (listwise)	2				

**Idadepai\_classes**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid [24-29]	4	12.9	12.9	12.9
[30-35]	7	22.6	22.6	35.5
[36-41]	9	29.0	29.0	64.5
[42-47]	6	19.4	19.4	83.9
[48-53]	5	16.1	16.1	100.0
Total	31	100.0	100.0	

**Habilitações académicas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6º ano	1	3.2	3.2	3.2
9º ano	4	12.9	12.9	16.1
12º ano	9	29.0	29.0	45.2
Bacharelato	4	12.9	12.9	58.1
Licenciatura	11	35.5	35.5	93.5
Mestrado	2	6.5	6.5	100.0
Total	31	100.0	100.0	

**Profissão**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Profissões das forças	1	3.2	3.2	3.2
	Representantes do poder	1	3.2	3.2	6.5
	Especialistas das	8	25.8	25.8	32.3
	Técnicos e profissões de	6	19.4	19.4	51.6
	Pessoal administrativo	6	19.4	19.4	71.0
	Trabalhadores qualificados	1	3.2	3.2	74.2
	Operadores de instalações	1	3.2	3.2	77.4
	Trabalhadores não	7	22.6	22.6	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

**Quando a criança nasceu estava junto com a mãe?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Não	1	3.2	3.2	3.2
	Sim	30	96.8	96.8	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

**Hoje em dia está junto/casado com a mãe da criança?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Não	3	9.7	9.7	9.7
	Sim	28	90.3	90.3	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

**Se não, há quanto tempo se separaram?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	.50	1	3.2	50.0	50.0
	2.00	1	3.2	50.0	100.0
	Total	2	6.5	100.0	
Missing	System	29	93.5		
	Total	31	100.0		

**Número de filhos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	1	15	48.4	48.4	48.4

2	9	29.0	29.0	77.4
3	6	19.4	19.4	96.8
5	1	3.2	3.2	100.0
Total	31	100.0	100.0	

#### Faixas\_etárias\_criança

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid [5-9]	31	100.0	100.0	100.0

#### Gênero da criança

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid Masculino	15	48.4	48.4	48.4
Feminino	16	51.6	51.6	100.0
Total	31	100.0	100.0	

#### Posição na fratria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid 1	7	22.6	43.8	43.8
2	6	19.4	37.5	81.3
3	2	6.5	12.5	93.8
4	1	3.2	6.3	100.0
Total	16	51.6	100.0	
Missing System	15	48.4		
Total	31	100.0		

### **Anexo C- Carta de apresentação do estudo**

Caro Pai,

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração num estudo intitulado “Envolvimento paterno de pais de crianças com paralisia cerebral”, sob a responsabilidade da aluna Mariana Duarte, que está a desenvolver este estudo para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal.

O objectivo deste estudo é aumentarmos o nosso conhecimento sobre esta temática para sabermos como os pais se sentem a exercer o seu papel de pai, em que áreas têm mais dificuldade, e analisar as diferenças relativamente ao envolvimento de pais de crianças com desenvolvimento típico.

A informação recolhida será conservada confidencial, assegurando que nenhum dado individual ou identificativo será revelado. Mesmo que os resultados sejam publicados, o que irá prevalecer serão os resultados do grupo.

Os nossos melhores cumprimentos.

Almada, 5 de Janeiro de 2011

A investigadora

---

(Mariana Duarte)

## **Anexo D- Autorização de participação**

### **AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

Declaro que tomei conhecimento dos objectivos e das condições de participação no estudo “Envolvimento paterno de pais de crianças com paralisia cerebral”, de que é responsável a mestranda, Mariana Duarte.

Eu tenho conhecimento que a minha participação é voluntária.

Concordo com a participação neste estudo.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura**

---



## Anexo E- Questionário sócio-demográfico para pais de crianças com paralisia cerebral

Dados do pai

1) Idade do pai: \_\_\_\_\_

2) Habilitações académicas:

- 4ª classe ☐

- 6º ano ☐

- 9ºano ☐

-12º ano ☐

- Bacharelato ☐

- Licenciatura ☐

- Mestrado ☐

- Doutoramento ☐

- Outro: \_\_\_\_\_

3) Profissão: \_\_\_\_\_

- Número de filhos: \_\_\_\_\_
- Quando o seu filho/a com paralisia cerebral nasceu, estava junto/casado com a mãe da criança?  
Sim ☐ Não ☐
- Hoje em dia está junto/casado com a mãe da criança?  
Sim ☐ Não ☐
- Se não, há quanto tempo se separaram? \_\_\_\_\_

De agora em diante, caso tenha mais do que um filho, deve responder a todas as questões pensando única e exclusivamente no seu filho que tem o diagnóstico de paralisia cerebral.

- Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
- Idade do seu filho/a: \_\_\_\_\_
- Posição na fratria (se é o primeiro filho, o segundo, o terceiro, etc.): \_\_\_\_\_
- Tipo de paralisia cerebral do seu filho/a:
  - Paralisia Cerebral Espástica Unilateral ☐
  - Paralisia Cerebral Espástica Bilateral ☐

Nº de membros afectados: \_\_\_\_\_

- Paralisia Cerebral Atáxia ☐
- Paralisia Cerebral Disquinética :
  - Distónica ☐
  - Coreoatetósica ☐
- Desconheço ☐
- 

- Grau da Deficiência motora do seu filho/a:

Ligeira ☐

Moderada ☐

Severa ☐

Desconheço ☐

- O seu filho/a tem mais algum problema de saúde?

- Sim. ☐

Qual?

---

---

---

---

---

- Não. ☐

Considera que uma actividade de formação sobre formas de lidar com crianças com paralisia cerebral seria:

- Muito importante ☐
- Importante ☐
- Indiferente ☐
- Pouco importante ☐
- Nada importante ☐

## Anexo F- Questionário sócio-demográfico para pais de crianças com desenvolvimento normativo

Dados do pai

1) Idade do pai: \_\_\_\_\_

2) Habilitações académicas:

- 4ª classe ☐

- 6º ano ☐

- 9º ano ☐

- 12º ano ☐

- Bacharelato ☐

- Licenciatura ☐

- Mestrado ☐

- Doutoramento ☐

- Outro: \_\_\_\_\_

3) Profissão: \_\_\_\_\_

- Número de filhos: \_\_\_\_\_
- Quando o seu filho/a nasceu, estava junto/casado com a mãe da criança?  
Sim ☐ Não ☐
- Hoje em dia está junto/casado com a mãe da criança?  
Sim ☐ Não ☐
- Se não, há quanto tempo se separaram? \_\_\_\_\_

De agora em diante, caso tenha mais do que um filho, deve responder a todas as questões pensando única e exclusivamente num dos seus filhos.

- Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
- Idade do seu filho/a: \_\_\_\_\_
- Posição na fratria (se é o primeiro filho, o segundo, o terceiro, etc.): \_\_\_\_\_
- O seu filho/a tem algum problema de saúde?

Não ☐

Sim ☐

Se sim, qual?

---

### **Anexo G- Escala de Envolvimento paterno (Simões, Leal, & Maroco, 2009)**

Pretende-se perceber a frequência com que ocorrem determinadas situações relacionadas com o dia-a-dia familiar e os cuidados e educação das crianças. Por favor responda a cada questão indicando com uma cruz a resposta que melhor se adequa à sua experiência pessoal com o seu filho(a).

Com que frequência realiza as seguintes tarefas?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Alimentar a criança					
Castigar a criança					
Estabelecer limites para o comportamento das crianças					
Ajudar a criança nos problemas pessoais					
Dar banho e vestir a criança					
Deitar a criança					
Ajudar a criança a aprender					

Com que frequência você está:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Fora de casa e longe da criança durante semanas e meses					
Fora de casa durante dias seguidos					
Fora de casa nos fins-de-semana					
Fora de casa pelo menos 4 noites por semana					
Fora de casa pelo menos 2 noites por semana					
Ausente durante o jantar com a					

criança pelo menos 2 noites por semana					
Presente durante a semana nos pequenos almoços com a criança e restante família					
Em casa à hora do lanche durante a semana					
Em casa ao final do dia quando a criança chega					
Em casa o dia inteiro durante a semana, com a criança e restante família					

Na sua família, quem é que geralmente toma a seguinte decisão:

	Sempre o pai	Mais o pai do que a mãe	Tanto o pai como a mãe	Mais a mãe do que o pai	Sempre a mãe
Quando a criança deve ser disciplinada					

Como classifica o seu grau de envolvimento na prestação de cuidados à criança?

*Muito Envolvido*      *Envolvido*      *Neutro*      *Pouco envolvido*      *Nada envolvido*  
*Envolvido*

☐      ☐      ☐      ☐      ☐

Qual a percentagem de tempo em que o seu filho/a está ao cuidado das seguintes pessoas?

Você: \_\_\_\_ % O Cônjuge: \_\_\_\_% Outros familiares: \_\_\_\_% Os professores/educadores: \_\_\_\_ %

### Anexo H- Escala de Stress Parental (Mixão, Leal, & Maroco, 2005)

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho(a) ou filhos. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda dos seguintes itens, colocando uma cruz no respectivo espaço.

	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmen te
Estou contente no meu papel de pai.					
Faço tudo o que for preciso pelo meu filho.					
Cuidar do meu filho(a) por vezes exige mais tempo do que aquele que tenho para dar.					
Às vezes penso se faço o suficiente pelo(a) meu filho(a).					
Sinto-me próximo do meu filho(a).					
Gosto de passar tempo com o meu filho(a).					
O(a) meu filho(a) é uma importante fonte de afecto para mim.					
A maior fonte de stress na minha vida é o meu filho(a).					
Ter um filho(a) deixa-me					

pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.					
Ter um filho(a) tem sido um peso financeiro.					
É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do meu filho(a).					
O comportamento do meu filho(a) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim.					
Se fizesse tudo de novo decidia não ter filhos.					
Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai.					
Ter um filho(a) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.					
Sinto-me satisfeito como pai.					
Acho o meu filho(a) adorável.					

### **ANEXO I- Escala de auto-eficácia parental (Leal, Duarte, & Lopes, 2011)**

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Por favor responde a cada questão indicando com uma cruz a resposta que melhor se adequa à sua experiência pessoal com o seu filho(a).

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Consigo entender o meu filho					
Sei o que fazer em quase todas as situações com o meu filho					
Sei lidar com o meu filho					
Tenho conhecimentos sobre o que pode preocupar o meu filho					



## **ANEXO J – Validação da escala auto-eficácia parental**

### **Introdução**

O construto de auto – eficácia introduzido por Bandura em 1977, refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado (Bandura, 1997, 2006).

Bandura salienta que as crenças de auto-eficácia têm um papel crucial no funcionamento humano, uma vez que orientam o comportamento, determinando as tentativas e o esforço realizado para atingir determinado resultado. Neste sentido a auto- eficácia funda-se na noção de competência pessoal (Bandura, 1997; Bong & Skaalvik, 2003; Schunk & Pajares, 2005), pois é essa noção que permite aos sujeitos estimar a possibilidade de realizarem as tarefas com sucesso e de alcançarem os resultados desejados, levando - os a formar expectativas para a sua realização.

A auto-eficácia pode ser caracterizada como uma variável cognitiva, com uma função motivacional, que resulta de uma avaliação individual sobre a capacidade para apresentar um desempenho competente e capaz, em determinadas situações (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson & Bandura, 2002).

É importante salientar que este construto tem gerado alguma controvérsia centrada no carácter generalizado da acção em contraponto à associação da acção a domínios específicos de funcionamento.

Os autores que consideram a auto-eficácia de forma geral (Sherer & Maddux, 1982; Skinner et al., 1988; Schwarzer & Jerusalem, 1999) definem-na como o sentimento de confiança geral da pessoa na sua capacidade de coping perante situações exigentes ou desconhecidas (Brites & Nunes, 2010). Consideram que se pode falar de auto-eficácia como a avaliação do sucesso de desempenho da pessoa numa variedade de situações (Schmitz, 1989; Juges, Erez, Bono, & Thoresen, 2002; Bennett, 2002; Lightsey, Burke, Ervin, Henderson, & Yee, 2006), operando de forma independente de uma auto-eficácia considerada específica (Wangs & Richard, 1988).

Todavia a maioria dos autores consideram a auto -eficácia como um conceito específico associados a domínios específicos (Hastings & Brown, 2002; Caprara, Regalia, Scabibi, Barbaranelli & Bandura, 2004).

Bandura (1989), a partir da perspectiva da aprendizagem social, define a auto-eficácia como o julgamento do próprio sujeito sobre sua habilidade para desempenhar com sucesso

um padrão específico de comportamento. Este envolve o julgamento sobre as capacidades para mobilizar recursos cognitivos e acções de controlo sobre eventos e solicitações do meio.

Assim a auto-eficácia pode ser compreendida numa dupla vertente, ou seja, na sua forma generalizada (percepção da pessoa sobre a sua maior ou menor eficácia na vida em geral), e na sua forma específica (associada aos diversos domínios do funcionamento humano).

Neste sentido, as crenças que o indivíduo possui relativamente à sua capacidade para atingir determinados níveis de desempenho, em tarefas específicas, determinam o seu nível de auto-eficácia. A pessoa pode ter uma percepção de si de maior eficácia em determinada área e sentir que possui as competências adequadas, o que leva a uma avaliação positiva do seu desempenho, e ter uma percepção completamente oposta, em outras áreas o que exige, segundo Pina Neves (2004), uma avaliação circunstancial e contextualizada. Assim, a avaliação positiva ou negativa que a pessoa faz da sua eficácia é determinada pela percepção que o próprio tem sobre a adequabilidade das suas competências em determinada área ou domínio e sentir que possui as competências adequadas. (Brites & Nunes, 2010).

A noção que a pessoa tem das suas capacidades afecta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reacção emocional (O’leary, 1985). Deste modo as crenças de auto-eficácia desenvolvem-se e alteram-se em função da experiência pessoal (Caprara, Regalia, Scabini, Barbaranelli & Bandura, 2004) e do desempenho actual do sujeito resultando de experiências contínuas.

De maneira geral, os estudos actuais evidenciam que a percepção de eficácia influencia a escolha das actividades, dos ambientes ou situações; determina igualmente quanto esforço o indivíduo vai dispendir e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências; a percepção acerca da capacidade própria influencia, ainda os processos de pensamento e as reacções emocionais antes das, e perante as situações (Ribeiro, 2004). Assim sendo, quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia, mais rigoroso e persistente o esforço, já que, normalmente as pessoas não se envolvem em actividades para as quais sintam que não têm capacidade. Igualmente, não revelam motivação para lutar por objectivos ambiciosos e mostrar perseverança perante as dificuldades, a não ser que sintam que são capazes de produzir os resultados esperados (Caprara, Regalia, Scabini, Barbaranelli & Bandura, 2004).

Este conceito tem sido transposto para o campo das relações familiares concentrando-se na confiança que os pais possuem quanto à sua habilidade para lidar com os seus filhos (Johnston & Mash, 1989).

O modelo da auto-eficácia de Bandura (1997), aplicado à auto-eficácia parental, sugere que, para que os pais desempenhem com sucesso o seu papel parental precisam acreditar que irão conseguir o resultado desejado e, conseqüentemente, que tenham confiança na sua performance (Salonen, Kaunonen, Astedt-Kurki, Jarvenpaa, Isoaho, Tarkka, 2009).

Coleman e Karraker, (2000) definem-na como as expectativas do próprio acerca da sua capacidade para desempenhar o papel parental. Tem sido sugerido que o sentimento de auto-eficácia para o desempenho de actividades de cuidados gerais, prestados por pais aos seus filhos, está relacionado com a percepção dos pais acerca da sua capacidade para realizar estas tarefas com sucesso (Hastings & Brown, 2002). Deste modo, a auto-eficácia parental possui uma dimensão afectiva bastante significativa, passível de influenciar a percepção e o desempenho do próprio sobre o seu papel parental.

A auto-eficácia parental associada a conhecimentos específicos parece ser o factor mais relevante na determinação dos comportamentos parentais, na persistência que os pais demonstram perante adversidades e nos mecanismos de coping utilizados (Bandura, 1997). Johnston e Mash (1989) complementam essa noção, demonstrando que baixos níveis de auto-eficácia estão associados a pouca persistência, depressão e diminuição da satisfação quanto ao papel parental.

O stress parental parece estar correlacionado com a auto-eficácia-parental sendo um factor preditivo importante das percepções de eficácia dos pais para com os seus filhos (Coleman & Karraker, 1997; Raikes & Tompson, 2005). Outros factores como o temperamento dos filhos, a depressão parental, os problemas económicos e a carência de apoio social parecem influenciar o sentimento de auto-eficácia. (Correia, 2008).

Ardelt & Eccles (2001), referem-se à auto-eficácia parental como um conceito relativo às crenças dos pais (e não somente das mães) acerca da sua capacidade para influenciar a criança e o seu meio, de uma forma que facilite o desenvolvimento bem sucedido da criança. Assim, os estudos mostram a importância do sentimento de auto-eficácia para o desenvolvimento da criança pelo que importa dispor de metodologias que permitam avaliar o sentimento de auto-eficácia dos pais.

Na revisão de literatura que realizámos, verificámos a inexistência de um instrumento de avaliação da auto-eficácia parental, aferido para a população portuguesa o que justifica a pertinência da presente investigação.

A partir da literatura existente, de diferentes escalas em várias línguas e da nossa experiência clínica no trabalho com pais de crianças, criámos uma escala de auto-eficácia parental que aqui apresentamos bem como o estudo das suas qualidades psicométricas,

## **Instrumento**

A escala de auto-eficácia parental é um questionário com 4 itens de tipo Likert, cujo objectivo é avaliar se os pais acreditam possuir as competências necessárias (itens 1 e 3) para exercer o seu papel parental e se sentem que desempenham essa tarefa com sucesso (itens 2 e 4). Os itens têm uma pontuação de 1 a 5, sendo que valores mais elevados correspondem a um maior sentimento de auto-eficácia. As opções de resposta são operacionalizadas desde *Sempre* (5 pontos) a *Nunca* (1 ponto).

### **Quadro 1**

#### *Itens da Escala de Auto - Eficácia Parental*

- 1- Consigo entender o meu filho
- 2- Sei o que fazer em quase todas as situações com o meu filho
- 3- Sei lidar com o meu filho
- 4- Tenho conhecimentos sobre o que pode preocupar o meu filho

## **Amostra de validação**

A amostra, de conveniência, foi composta por 258 pais (83 pais e 175 mães), com idades compreendidas entre os 23 e os 55 anos ( $M=36,75$ ;  $DP=5,5$ ). Relativamente ao estado civil dos participantes, 173 são casados (correspondendo a 67,1%), 38 solteiros (correspondendo a 14,7%), 25 divorciados (correspondendo a 9,7%) e 21 vivem em união de facto (8,1% da amostra global). Relativamente às habilitações académicas, 41,9% dos sujeitos possuem licenciatura, 28,3% concluíram o ensino secundário, 14,3% possuem o 9º ano, 5,8% o mestrado, 4,7% o 6º ano, 2,7% o doutoramento, 1,9% escolhe a opção “outro” e 0,4% o 4º ano. Relativamente à profissão e segundo a Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística (2011), 35,3% são especialistas de actividades intelectuais e científicas, 19,4% são técnicos de profissões de nível intermédio, 15,1% é pessoal administrativo, 10,1% são trabalhadores dos serviços pessoais, protecção e segurança, 6,2% são representantes do poder, 5,4% são trabalhadores não qualificados, 3,9% estão desempregados, 3,1% são trabalhadores qualificados da indústria, 1,6% são operadores de instalações e máquinas.

O critério de inclusão no estudo era ter pelo menos um filho com idade compreendida entre os 0 e os 12 anos. Com uma dispersão da amostra no que respeita ao número de filhos, entre 1 e 6, a média situa-se em 1,72 filhos (DP= 0,79). Relativamente às crianças, 133 são do sexo feminino e 123 do sexo masculino sendo a média da idade 4,5 anos (DP= 2,9). No que respeita à escolaridade das crianças, 42,6% frequentam o infantário, e as restantes estão distribuídas pela pré-escola (19%), 1º ciclo (19,8%), 2º ciclo (8,5) sendo que 7,8% ainda não estão incluídas no sistema de educação, e estão em casa.

### Características psicométricas

#### Sensibilidade

O quadro 1 apresenta os valores medianos, de assimetria e achatamento dos 4 itens da escala observados na amostra de validação. A sensibilidade dos itens avaliou-se através das medidas de assimetria e achatamento. A totalidade dos itens apresenta valores indicadores de uma sensibilidade psicométrica adequada, segundo os valores de Kline (1998), que considera os valores de Sk e Ku inferiores a 3 e 7 respectivamente, como adequados para avaliação e análises factoriais.

Tabela 1

*Média, Assimetria, (Sk) e Achatamento (Ku) com respectivos rácios-críticos (Sk/Se e Ku/Se ku), valores mínimos e máximos observados na amostra de validação*

	M	Sk	Sk/SE(sk)	Ku	Ku/SE(ku)	Min	Max
Item1	4.1953	-.564	.152	-.138	.303	2.00	5.00
Iem2	3.9492	-.020	.152	-.541	.303	2.00	5.00
Item3	4.1563	-.306	.152	-.802	.303	2.00	5.00
Item4	4.0196	-.201	.153	-.739	.304	2.00	5.00

#### Validade factorial

A estrutura factorial da escala foi avaliada através da Análise Factorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método das componentes principais.

Para avaliar a validade da análise factorial utilizou-se o critério KMO com os valores de classificação definidos por Maroco (2010<sup>a</sup>), tendo-se encontrado um valor de KMO= 0, 73.

Assim, procedeu-se à AFE. Os factores retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem de variância retida.

Deste modo, a estrutura relacional dos itens é explicada por 1 factor que explica 55% da variância total.

### **Fiabilidade**

O índice de consistência interna da escala, estimado pelo  $\alpha$  de Cronbach apresenta um valor de 0,728, considerado como indicador de uma fiabilidade adequada (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 2

*Pesos factoriais dos itens, variância explicada pelo factor encontrado e consistência interna da Escala*

	Factor1
Item1	.769
Item2	.794
Item3	.824
Item4	.571
Variância explicada	55.708
Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	0,728

### **Cotação**

Os itens apresentam pontuações entre 1 e 5, (1= Nunca, 2= Raramente, 3= Às vezes, 4= Frequentemente, 5= Sempre).

A pontuação total é calculada através da soma dos itens, correspondendo valores mais elevados a maior sentimento de auto-eficácia parental. O valor mínimo obtido é 4 e o valor máximo é 20, sendo a média encontrada nesta amostra de 16, 28 (DP=2,10).

Tabela 3

*Valores mínimos, máximos e média encontrados na amostra de validação*

	N	Min	Max	M	DP
Auto-eficácia	258	9,00	20,00	16,2752	2,10379

### Discussão

Após a realização da análise factorial e de fiabilidade, podemos considerar que a Escala de Auto - Eficácia Parental possui qualidades psicométricas adequadas, pelo que se trata de um instrumento adaptado ao estudo das percepções de auto-eficácia parental em pais portugueses. Deste modo, pode ser utilizado em investigações futuras que possam contribuir para o aprofundar do conhecimento científico sobre a parentalidade.

### Referências

- Ardelt, M. & Eccles, J. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22(8), 944-972. Consultado em 12 de Maio através de <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/eficaci.hm>
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brites, R., & Nunes, O. (2010, Fevereiro). Uma nova escola de auto-eficácia parental: Estudo sobre a validação. Comunicação apresentado VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga.

- Caprara, G., Regalia, C., Scabibi, E., Barbaranelli, C. & Bandura, A. (2004). Assessment of Filial, Parental, Marital, and Collective Family Efficacy Beliefs. [Electronic version]. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 4, 247-261.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13-24.
- Hastings, R., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 222-232.
- Johnston, C.; Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (2), 167-175.
- Judge, T., Erez, A., Bono, J. & Thoresen, C. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (3), 693-710.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practices of Structural Equation Modelling*. The Guilford Press. New York.
- Lightsey, O., Burke, M., Ervin, A., Henderson, D. & Yee, C. (2006). Generalized Self-Efficacy, Self-Esteem, and negative affect. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(1), 72-80.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições
- Maroco, J. (2010a). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. ReportNumber. Sílabo.
- Pina Neves, S. & Faria, L. (2006). Construção, Adaptação e Validação da Escala de Auto-Eficácia Académica (EAEA). *Análise Psicologia*, 20 (2), 45-68.



Ribeiro, J. L.P. (2004). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. Consultado em 12 de Maio de 2011 através <http://www.fpce.up.pt/paisribeiro/testes/eficacia.hm>

Steffen, A., McKibbin, C., Zeiss, A., Gallagher-Thompson, D. & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *Journal of Gerontology*, 57B (1), 74-86

## Anexos

### Outputs utilizados para caracterização da amostra

#### Output 1- Média, desvio-padrão e valores máximos e mínimos

	N	Missing	Mean	DP	Min	Max
Identificação	258	0	1.68	.468	1	2
Idade	256	2	36.75	5.463	23	55
Estado Civil	258	0	2.12	.769	1	5
Escolaridade	258	0	4.45	1.173	1	8
Profissões	258	0	4.67	2.336	2	11
Nº de filhos	257	1	1.7160	.78627	1.00	6.00
Idade da Criança	258	0	4.5004	2.90192	.30	12.00
Género	256	2	1.48	.501	1	2
Escolaridade	252	6	3.00	1.319	1	5

#### Output 2- Frequência de mães e pai

	Frequency	Percent	Valid	Cumulative Percent
Pai	83	32.2	32.2	32.2
Mãe	175	67.8	67.8	100.0
Total	258	100.0	100.0	

#### Output 3- Estado Civil dos participantes

	Frequency	Percent	Valid	Cumulative Percent
Solteiro	38	14.7	14.7	14.7
Casado	173	67.1	67.1	81.8
Divorciado	25	9.7	9.7	91.5
União de facto	21	8.1	8.1	99.6
Viuvo	1	.4	.4	100.0
Total	258	100.0	100.0	

## Output 4 - Habilitações académica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4º ano	1	.4	.4	.4
6º ano	12	4.7	4.7	5.0
9º ano	37	14.3	14.3	19.4
12º ano	73	28.3	28.3	47.7
Licenciatura	108	41.9	41.9	89.5
Mestrado	15	5.8	5.8	95.3
Doutoramento	7	2.7	2.7	98.1
Outros	5	1.9	1.9	100.0
Total	258	100.0	100.0	

## Output 5- Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Representantes do poder	16	6.2	6.2	6.2
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	91	35.3	35.3	41.5
Técnicos e profissões de nível intermédio	50	19.4	19.4	60.9
Pessoal administrativo	39	15.1	15.1	76.0
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança	26	10.1	10.1	86.0
Trabalhadores qualificados da indústria	8	3.1	3.1	89.1
Operadores de instalações e máquinas	4	1.6	1.6	90.7
Trabalhadores não qualificados	14	5.4	5.4	96.1
Desempregado	10	3.9	3.9	100.0
Total	258	100.0	100.0	

## Output 6- Número de filhos

		Frequency	Percent	Valid	Cumulative
	1.00	115	44.6	44.7	44.7
	2.00	107	41.5	41.6	86.4
	3.00	31	12.0	12.1	98.4
	4.00	2	.8	.8	99.2
	5.00	1	.4	.4	99.6
	6.00	1	.4	.4	100.0
	Total	257	99.6	100.0	
Missing	99.00	1	.4		
Total		258	100.0		

### Output 7- Idades das crianças

Idade da Criança					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	.30	1	.4	.4	.4
	.33	1	.4	.4	.8
	.66	1	.4	.4	1.2
	.80	2	.8	.8	1.9
	.83	1	.4	.4	2.3
	.88	1	.4	.4	2.7
	1.00	29	11.2	11.2	14.0
	1.50	3	1.2	1.2	15.1
	2.00	39	15.1	15.1	30.2
	2.50	2	.8	.8	31.0
	3.00	33	12.8	12.8	43.8
	4.00	31	12.0	12.0	55.8
	5.00	39	15.1	15.1	70.9
	6.00	17	6.6	6.6	77.5
	7.00	15	5.8	5.8	83.3
	8.00	9	3.5	3.5	86.8
	9.00	11	4.3	4.3	91.1
	10.00	12	4.7	4.7	95.7
	11.00	8	3.1	3.1	98.8
	12.00	3	1.2	1.2	100.0
	Total	258	100.0	100.0	

### Output 8- Género dos filhos

Género					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	Feminino	133	51.6	52.0	52.0
	Masculino	123	47.7	48.0	100.0
	Total	256	99.2	100.0	
Missing	99	2	.8		
Total		258	100.0		

## Output 9- Escolaridade dos filhos dos participantes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pré escola	49	19.0	19.4	19.4
	1º ciclo	51	19.8	20.2	39.7
	2º ciclo	22	8.5	8.7	48.4
	Infantário	110	42.6	43.7	92.1
	Casa	20	7.8	7.9	100.0
	Total	252	97.7	100.0	
Missing	99	6	2.3		
Total		258	100.0		

## Validade factorial e Fiabilidade

### Output 1- Validade da análise factorial

KMO and Bartlett's Test			
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling			.733
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square		217.200
	Df		6
	Sig.		.000

### Output 2- Variância explicada pelo factor

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues	Extraction Sums of Squared Loadings				
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.228	55.708	55.708	2.228	55.708	55.708
2	.796	19.901	75.609			
3	.558	13.956	89.565			
4	.417	10.435	100.000			

### Output 3- Fiabilidade

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized	N of Items
------------------	--	------------

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized	N of Items
.725	.728	4

## ANEXO K- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL PARA RECOLHA DE DADOS



Exma. Senhora  
Mariana de Abreu Clemente Duarte  
Rua Carlos de Oliveira, nº8 – 9º Andar  
Apt. 31  
1600-028 Lisboa

nossa ref. Comissão Ética 9559

our ref.

vossa ref.

your ref.

data 01.08.2011  
date

assunto

subject

**Envolvimento Paterno de Pais de crianças com Paralisia Cerebral**

Em resposta ao solicitado, acima referido, somos a informar, que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 12-05-2011.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. Luís Antunes

## ANEXO L – Outptus análise de resultados

### Output 1- Análise de Fidelidade das Escalas

#### Escala de Envolvimento Paterno

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	58	96.7
	Excluded <sup>a</sup>	2	3.3
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.871	19

#### Cuidados

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	59	98.3
	Excluded <sup>a</sup>	1	1.7
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.859	6

#### Disponibilidade

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	59	98.3
	Excluded <sup>a</sup>	1	1.7
	Total	60	100.0

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	59	98.3
	Excluded <sup>a</sup>	1	1.7
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.895	6

**Presença****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	60	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.630	4

**Disciplina****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	60	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.566	3



## Escala de Stress Parental

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	59	98.3
	Excluded <sup>a</sup>	1	1.7
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.794	17

## Escala de Auto-eficácia parental

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	58	96.7
	Excluded <sup>a</sup>	2	3.3
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.855	4

**Output2- Estatística descritiva e teste Anova one-way para determinar se existem diferenças no envolvimento paterno de pais de crianças com paralisia cerebral nas várias faixas etárias consideradas**

Descriptives					
		Faixas etárias criança	Statistic	Std. Error	
Envol_paterno	1.00	Mean	3.8000	.29133	
		95% Confidence Interval for			
		Mean	2.9911		
		Lower Bound			
		Upper Bound	4.6089		
		5% Trimmed Mean	3.8333		
		Median	3.8947		
		Variance	.424		
		Std. Deviation	.65144		
		Minimum	2.68		
		Maximum	4.32		
		Range	1.63		
		Interquartile Range	.97		
		Skewness	-1.780	.913	
		Kurtosis	3.448		
	2.00	Mean	3.8259	.14132	
		95% Confidence Interval for			
		Mean	3.5180		
		Lower Bound			
		Upper Bound	4.1338		
		5% Trimmed Mean	3.8358		
		Median	3.8947		
		Variance	.260		
		Std. Deviation	.50955		
		Minimum	2.79		
		Maximum	4.68		
		Range	1.89		
		Interquartile Range	.82		
		Skewness	-.319	.616	
		Kurtosis	.058		
	3.00	Mean	3.4306	.14799	
		95% Confidence Interval for			
		Mean	3.1009		
		Lower Bound			
		Upper Bound	3.7604		
		5% Trimmed Mean	3.4375		
		Median	3.5789		
		Variance	.241		
		Std. Deviation	.49081		
		Minimum	2.63		

Maximum	4.11	
Range	1.47	
Interquartile Range	.84	
Skewness	-.413	.661
Kurtosis	-.817	1.279

### Descriptives

#### Envol\_paterno

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1.00	5	3.8000	.65144	.29133	2.9911	4.6089	2.68	4.32
2.00	13	3.8259	.50955	.14132	3.5180	4.1338	2.79	4.68
3.00	11	3.4306	.49081	.14799	3.1009	3.7604	2.63	4.11
Total	29	3.6715	.54291	.10082	3.4650	3.8780	2.63	4.68

### Tests of Normality

Faixas_etárias_criança		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Envol_paterno	[2-4]	.358	5	.035	.794	5	.072
	[5-9]	.092	13	.200 <sup>*</sup>	.983	13	.990
	[10-12]	.214	11	.172	.913	11	.267

a. Lilliefors Significance Correction

### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Envol_paterno	Based on Mean	.059	2	26	.942
	Based on Median	.042	2	26	.959
	Based on Median and with	.042	2	22.176	.959
	Based on trimmed mean	.027	2	26	.973

### ANOVA

#### Envol\_paterno

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.031	2	.515	1.855	.177
Within Groups	7.222	26	.278		
Total	8.253	28			

## Estatística descritiva das variáveis principais

### Grupo 1- Pais de crianças com paralisia cerebral

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Envol paterno	29	2.63	4.68	3.6715	.54291
Cuidados	29	3.00	5.00	4.1264	.65565
Disponibilidade	29	1.83	5.00	4.1552	.84976
Presença	29	1.75	4.25	2.8276	.75328
Disciplina	29	.83	2.17	1.4598	.38487
Stress_parental	29	20.00	50.00	32.1034	6.94028
Auto_efic_parental	29	11.00	20.00	16.2414	2.91125
Valid N (listwise)	29				

### Grupo 2- Pais de crianças com desenvolvimento normativo

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Envol paterno	29	2.05	4.42	3.3521	.57053
Cuidados	30	2.00	4.50	3.4222	.76154
Disponibilidade	30	2.17	5.00	4.0556	.89092
Presença	31	1.50	4.25	2.4919	.85509
Disciplina	31	.83	1.83	1.4462	.27007
Stress_parental	30	22.00	53.00	32.5667	8.02446
Auto_efic_parental	29	12.00	20.00	15.6207	2.14499
Valid N (listwise)	28				

### Output 3 - Correlação entre dimensões do envolvimento paterno e variáveis sócio-demográficas (idade do pai e habilitações académicas)

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Idade do pai	.098	58	.200*	.974	58	.255
Habilitações académicas	.225	58	.000	.899	58	.000
Cuidados	.104	58	.182	.968	58	.124
Disponibilidade	.181	58	.000	.858	58	.000

Presença	.140	58	.006	.921	58	.001
Disciplina	.131	58	.015	.964	58	.084

a. Lilliefors Significance Correction

Correlations			Idade do pai	Cuidados
Spearman's rho	Idade do pai	Correlation Coefficient	1.000	-.290*
		Sig. (2-tailed)	.	.026
		N	60	59
	Cuidados	Correlation Coefficient	-.290*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.026	.
		N	59	59

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations			Idade do pai	Disponibilidade
Spearman's rho	Idade do pai	Correlation Coefficient	1.000	-.279*
		Sig. (2-tailed)	.	.032
		N	60	59
	Disponibilidade	Correlation Coefficient	-.279*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.032	.
		N	59	59

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations			Idade do pai	Presença
Spearman's rho	Idade do pai	Correlation Coefficient	1.000	-.173
		Sig. (2-tailed)	.	.186
		N	60	60
	Presença	Correlation Coefficient	-.173	1.000
		Sig. (2-tailed)	.186	.
		N	60	60

Correlations			Idade do pai	Disciplina
Spearman's rho	Idade do pai	Correlation Coefficient	1.000	.005
		Sig. (2-tailed)	.	.967
		N	60	60

Disciplina	Correlation Coefficient	.005	1.000
	Sig. (2-tailed)	.967	.
	N	60	60

#### Correlations

			Habilitações	Cuidados
Spearman's rho	Habilitações académicas	Correlation Coefficient	1.000	-.204
		Sig. (2-tailed)	.	.122
		N	60	59
	Cuidados	Correlation Coefficient	-.204	1.000
		Sig. (2-tailed)	.122	.
		N	59	59

#### Correlations

			Habilitações	Disponibilidade
Spearman's rho	Habilitações académicas	Correlation Coefficient	1.000	-.124
		Sig. (2-tailed)	.	.351
		N	60	59
	Disponibilidade	Correlation Coefficient	-.124	1.000
		Sig. (2-tailed)	.351	.
		N	59	59

#### Correlations

			Habilitações	Presença
Spearman's rho	Habilitações académicas	Correlation Coefficient	1.000	-.292*
		Sig. (2-tailed)	.	.024
		N	60	60
	Presença	Correlation Coefficient	-.292*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.024	.
		N	60	60

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

#### Correlations

			Habilitações	Disciplina
Spearman's rho	Habilitações académicas	Correlation Coefficient	1.000	-.198
		Sig. (2-tailed)	.	.130

		N	60	60
Disciplina	Correlation Coefficient		-.198	1.000
	Sig. (2-tailed)		.130	.
	N		60	60

**Output 4 - Pressupostos para utilização do teste paramétrico e Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para avaliar se o género da criança tem influência no envolvimento paterno**

Tests of Normality							
Género da criança		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Cuidados	Masculino	.117	34	.200*	.955	34	.179
	Feminino	.115	24	.200*	.945	24	.213
Disponibilidade	Masculino	.184	34	.005	.838	34	.000
	Feminino	.175	24	.057	.865	24	.004
Presença	Masculino	.176	34	.009	.933	34	.039
	Feminino	.259	24	.000	.851	24	.002
Disciplina	Masculino	.144	34	.071	.957	34	.200
	Feminino	.199	24	.015	.945	24	.213

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Cuidados	Based on Mean	.768	1	56	.385
	Based on Median	.570	1	56	.454
	Based on Median and with	.570	1	54.852	.454
	Based on trimmed mean	.720	1	56	.400
Disponibilidade	Based on Mean	10.036	1	56	.002
	Based on Median	5.962	1	56	.018
	Based on Median and with	5.962	1	54.022	.018
	Based on trimmed mean	9.218	1	56	.004
Presença	Based on Mean	.504	1	56	.481
	Based on Median	.905	1	56	.346
	Based on Median and with	.905	1	51.439	.346
	Based on trimmed mean	.665	1	56	.418
Disciplina	Based on Mean	1.043	1	56	.312
	Based on Median	.683	1	56	.412

Based on Median and with	.683	1	55.626	.412
Based on trimmed mean	1.012	1	56	.319

**Ranks**

Género da criança		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Cuidados	Masculino	34	31.85	1083.00
	Feminino	25	27.48	687.00
	Total	59		
Disponibilidade	Masculino	34	30.50	1037.00
	Feminino	25	29.32	733.00
	Total	59		
Presença	Masculino	34	31.21	1061.00
	Feminino	26	29.58	769.00
	Total	60		
Disciplina	Masculino	34	29.03	987.00
	Feminino	26	32.42	843.00
	Total	60		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Cuidados	Disponibilidade	Presença	Disciplina
Mann-Whitney U	362.000	408.000	418.000	392.000
Wilcoxon W	687.000	733.000	769.000	987.000
Z	-.969	-.262	-.361	-.755
Asymp. Sig. (2-tailed)	.333	.793	.718	.450

a. Grouping Variable: Género da criança

### Output 5- Pressupostos de utilização e Teste T-Student para analisar a diferença no envolvimento paterno entre os dois grupos de pais

**Tests of Normality**

Filho tem paralisia cerebral		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Envol_paterno	Não	.126	29	.200*	.974	29	.682
	Sim	.109	29	.200*	.950	29	.187



### Independent Samples Test

		Levene's Test for		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the	
									Lower	Upper
Envol_paterno	Equal variances	.000	.991	-2.184	56	.033	-.31942	.14625	-.61239	-.02645
	Equal variances			-2.184	55.863	.033	-.31942	.14625	-.61240	-.02644

### Output 6 - Pressupostos para utilização de teste paramétrico e Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para verificar diferenças nos domínios do envolvimento paterno entre os dois grupos de pais

#### Tests of Normality

Filho tem paralisia		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Cuidados	Não	,192	29	,008	,928	29	,050
	Sim	,140	29	,154	,929	29	,052
Disponibilidade	Não	,215	29	,001	,854	29	,001
	Sim	,186	29	,012	,850	29	,001
Presença	Não	,173	29	,026	,883	29	,004
	Sim	,168	29	,035	,907	29	,014
Disciplina	Não	,166	29	,041	,928	29	,048
	Sim	,156	29	,069	,955	29	,241

a. Lilliefors Significance Correction

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Cuidados	Based on Mean	,497	1	56	,484

	Based on Median	,101	1	56	,752
	Based on Median and with adjusted df	,101	1	53,184	,752
	Based on trimmed mean	,416	1	56	,521
Disponibilidade	Based on Mean	,431	1	56	,514
	Based on Median	,146	1	56	,703
	Based on Median and with adjusted df	,146	1	53,886	,704
	Based on trimmed mean	,422	1	56	,519
Presença	Based on Mean	,141	1	56	,709
	Based on Median	,157	1	56	,694
	Based on Median and with adjusted df	,157	1	55,363	,694
	Based on trimmed mean	,146	1	56	,704
Disciplina	Based on Mean	5,649	1	56	,021
	Based on Median	5,126	1	56	,027
	Based on Median and with adjusted df	5,126	1	49,153	,028
	Based on trimmed mean	5,782	1	56	,020

#### Ranks

Filho		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Cuidados	Não	30	22,87	686,00

	Sim	29	37,38	1084,00
	Total	59		
Disponibilidade	Não	30	29,17	875,00
	Sim	29	30,86	895,00
	Total	59		
Presença	Não	31	26,21	812,50
	Sim	29	35,09	1017,50
	Total	60		
Disciplina	Não	31	30,53	946,50
	Sim	29	30,47	883,50
	Total	60		

Test Statistics<sup>a</sup>

	Cuidados	Disponibilidade	Presença	Disciplina
Mann-Whitney U	221,000	410,000	316,500	448,500
Wilcoxon W	686,000	875,000	812,500	883,500
Z	-3,253	-,381	-1,984	-,015
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,703	,047	,988

a. Grouping Variable: Filho tem paralisia cerebral

**Output 7 - Pressupostos e teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para diferenças no envolvimento paterno de crianças com paralisia cerebral consoante a percepção da gravidade da deficiência motora**

Tests of Normality

Deficiênciamotora	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Disponibilidade 1.00	.190	15	.153	.899	15	.090
2.00	.217	12	.124	.903	12	.173

Presença	1.00	.200	15	.108	.900	15	.096
	2.00	.241	12	.053	.835	12	.024
Disciplina	1.00	.155	15	.200*	.944	15	.428
	2.00	.165	12	.200*	.923	12	.308
Envol_paterno	1.00	.177	15	.200*	.922	15	.206
	2.00	.205	12	.174	.880	12	.087
Cuidados	1.00	.188	15	.160	.943	15	.421
	2.00	.139	12	.200*	.914	12	.243

a. Lilliefors Significance Correction

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Disponibilidade	Based on Mean	13.587	1	25	.001
	Based on Median	6.235	1	25	.019
	Based on Median and with adjusted df	6.235	1	13.988	.026
	Based on trimmed mean	12.820	1	25	.001
Presença	Based on Mean	.140	1	25	.711
	Based on Median	.153	1	25	.699
	Based on Median and with adjusted df	.153	1	21.163	.699
	Based on trimmed mean	.138	1	25	.713
Disciplina	Based on Mean	.137	1	25	.714
	Based on Median	.086	1	25	.772
	Based on Median and with adjusted df	.086	1	24.326	.772
	Based on trimmed mean	.135	1	25	.716
Envol_paterno	Based on Mean	2.169	1	25	.153
	Based on Median	.938	1	25	.342
	Based on Median and with adjusted df	.938	1	22.965	.343

	Based on trimmed mean	2.089	1	25	.161
Cuidados	Based on Mean	.054	1	25	.819
	Based on Median	.060	1	25	.809
	Based on Median and with adjusted df	.060	1	24.930	.809
	Based on trimmed mean	.033	1	25	.857

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Cuidados	29	4.1264	.65565	3.00	5.00
Disponibilidade	29	4.1552	.84976	1.83	5.00
Presença	29	2.8276	.75328	1.75	4.25
Disciplina	29	1.4598	.38487	.83	2.17
Envol_paterno	29	3.6715	.54291	2.63	4.68
Deficienciamotora	27	1.4444	.50637	1.00	2.00

#### Ranks

deficienciamotora		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Cuidados	1.00	15	12.50	187.50
	2.00	12	15.88	190.50
	Total	27		
Disponibilidade	1.00	15	17.13	257.00
	2.00	12	10.08	121.00
	Total	27		
Presença	1.00	15	14.93	224.00
	2.00	12	12.83	154.00
	Total	27		
Disciplina	1.00	15	16.67	250.00
	2.00	12	10.67	128.00
	Total	27		
Envol_paterno	1.00	15	15.37	230.50
	2.00	12	12.29	147.50
	Total	27		

Test Statistics <sup>b</sup>					
	Cuidados	Disponibilidade	Presença	Disciplina	Envol paterno
Mann-Whitney U	67.500	43.000	76.000	50.000	69.500
Wilcoxon W	187.500	121.000	154.000	128.000	147.500
Z	-1.103	-2.312	-.696	-1.973	-1.002
Asymp. Sig. (2-tailed)	.270	.021	.486	.048	.316
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.277 <sup>a</sup>	.021 <sup>a</sup>	.516 <sup>a</sup>	.053 <sup>a</sup>	.323 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

## Output 8 - Envolvimento relativo dos dois grupos de pais

### Grupo 1- Pais de crianças com paralisia cerebral

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo que o filho está ao cuidado do próprio (%)	28	.0	50.0	23.304	14.1102
Tempo que o filho está ao cuidado do cônjuge (%)	28	.0	90.0	36.696	20.7281
Tempo que o filho está ao cuidado de outros familiares	28	.0	35.0	8.393	9.9120
Tempo que o filho está ao cuidado de professores/educadores (%)	28	.0	70.0	31.786	19.0134
Valid N (listwise)	28				

### Grupo 2- Pais de crianças com desenvolvimento normativo

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo que o filho está ao cuidado do próprio (%)	28	.0	30.0	18.036	9.0614
Tempo que o filho está ao cuidado do cônjuge (%)	28	10.0	75.0	40.536	12.9343
Tempo que o filho está ao cuidado de outros familiares	28	.0	30.0	5.607	8.5390
Tempo que o filho está ao cuidado de professores/educadores (%)	28	.0	70.0	36.179	14.5807

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo que o filho está ao cuidado do próprio (%)	28	.0	50.0	23.304	14.1102
Tempo que o filho está ao cuidado do cônjuge (%)	28	.0	90.0	36.696	20.7281
Tempo que o filho está ao cuidado de outros familiares	28	.0	35.0	8.393	9.9120
Tempo que o filho está ao cuidado de professores/educadores (%)	28	.0	70.0	31.786	19.0134
Valid N (listwise)	28				

### Output 9 – Pressupostos para utilização de testes paramétricos no stress parental e auto-eficácia parental nos dois grupos de pais

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stress_parental	Não	.165	29	.042	.933	29	.066
	Sim	.115	29	.200*	.940	29	.102
Auto_efic_parental	Não	.179	29	.018	.940	29	.099
	Sim	.143	29	.134	.915	29	.023

a. Lilliefors Significance Correction

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Stress_parental	Based on Mean	1.854	1	56	.179
	Based on Median	1.213	1	56	.275
	Based on Median and with	1.213	1	55.798	.275
	Based on trimmed mean	1.693	1	56	.199
Auto_efic_parental	Based on Mean	3.981	1	56	.051
	Based on Median	3.550	1	56	.065
	Based on Median and with	3.550	1	54.972	.065
	Based on trimmed mean	4.066	1	56	.049

### Output 10 - Diferenças no Stress Parental entre os dois grupos de pais- Teste T-Student

Filho tem paralisia		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Stress_parental	Não	30	32.5667	8.02446	1.46506
	Sim	29	32.1034	6.94028	1.28878

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality	t-test for Equality of Means						
		Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Stress_parental	Equal variances assumed	.232	.237	57	.814	.46322	1.95610	-3.45380	4.38024
	Equal variances not assumed		.237	56.319	.813	.46322	1.95124	-3.44510	4.37154

### Output 11 - Pressupostos e teste T-Student para avaliar se a gravidade da deficiência motora influencia o stress parental experienciado

Tests of Normality							
deficienciamotora		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stress_parental	1.00	.127	15	.200*	.958	15	.665



	2.00	.188	12	.200*	.935	12	.437
--	------	------	----	-------	------	----	------

a. Lilliefors Significance Correction

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Stress_parental	Based on Mean	.009	1	25	.924
	Based on Median	.023	1	25	.881
	Based on Median and with	.023	1	24.949	.881
	Based on trimmed mean	.012	1	25	.915

#### Group Statistics

deficienciamotora		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Stress_parental	1.00	15	31.6667	7.04746	1.81965
	2.00	12	33.2500	7.36237	2.12533

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of		t-test for Equality of Means						
					df	Sig. (2- tailed )	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Stress_parental	Equal variances	.009	.924	-.569	25	.575	-1.58333	2.78379	-7.31666	4.14999
	Equal variances not			-.566	23	.577	-1.58333	2.79788	-7.36803	4.20136

### Output 12 - Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para avaliar diferenças na auto-eficácia parental entre os dois grupos de pais

#### Ranks

Filho tem paralisia		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Auto_efic_parental	Não	29	27.60	800.50
	Sim	29	31.40	910.50
	Total	58		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Auto efic parent
Mann-Whitney U	365.500
Wilcoxon W	800.500
Z	-.865
Asymp. Sig. (2-tailed)	.387

a. Grouping Variable: Filho tem paralisia

**Output 13 - Pressupostos e Teste T-Student para avaliar se a percepção da gravidade da deficiência motora da criança influencia a auto-eficácia parental**

**Tests of Normality**

deficienciamotora		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Auto_efic_parental	1.00	.157	15	.200 <sup>*</sup>	.952	15	.561
	2.00	.193	12	.200 <sup>*</sup>	.882	12	.094

a. Lilliefors Significance Correction

**Group Statistics**

deficienciamotora		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Auto_efic_parental	1.00	15	16.1333	2.35635	.60841
	2.00	12	16.4167	3.39675	.98056

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the	
									Lower	Upper
Auto_efic_parental	Equal variances	3.974	.057	-	25	.800	-.28333	1.10811	-	1.99885
				.256					2.56552	

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the	
									Lower	Upper
Auto_efic_parental	Equal variances	3.974	.057	- .256	25	.800	-.28333	1.10811	- 2.56552	1.99885
	Equal variances not			- .246	18.899	.809	-.28333	1.15397	- 2.69949	2.13283

### Output 14 - Verificação da normalidade da distribuição das variáveis: Envolvimento paterno, stress parental, auto-eficácia parental e correlações entre elas

#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Envol paterno	.109	29	.200*	.950	29	.187
Stress_parental	.115	29	.200*	.940	29	.102
Auto_efic_parental	.143	29	.134	.915	29	.023

a. Lilliefors Significance Correction

#### Correlations

		Envol paterno	Stress parental
Envol paterno	Pearson Correlation	1	-.347
	Sig. (2-tailed)		.065
	N	29	29
Stress parental	Pearson Correlation	-.347	1
	Sig. (2-tailed)	.065	
	N	29	29

#### Correlations

			Stress parental	Auto efic parent
Spearman's rho	Stress_parental	Correlation Coefficient	1.000	-.129
		Sig. (2-tailed)	.	.503

	N	29	29
Auto_efic_parental	Correlation Coefficient	-.129	1.000
	Sig. (2-tailed)	.503	.
	N	29	29

#### Correlations

			Auto efic parent	Envol paterno
Spearman's rho	Auto_efic_parental	Correlation Coefficient	1.000	.649**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	29	29
	Envol_paterno	Correlation Coefficient	.649**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	29	29

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).